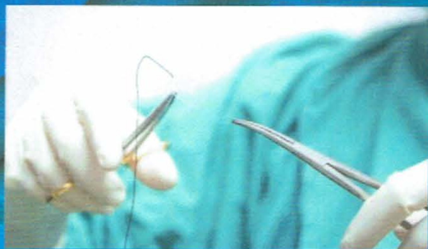
زانكۆی هەولێری پزیشكی
HAWLER MEDICAL UNIVERSITY
CREWH
Center for Research & Education in Women's Health
سەنتەری توێژینەوە و فێرکردن بۆ تەندروستی ئافرەتان



دادڕینی بنداميٚن و زامداریی بنداميٚنی منداڵبوون

کتێبێك بۆ مامانەکانی کوردستان

د. حمدیە میرخان احمد
د. ئارتەر سەنیتوس
د. کەژان ابراهیم محمود
د. ئەڤین فتاح حاجی مام
د. تیران جمیل پیرۆ
م. واحیدە عبداللە ابراهیم

هەولێر ٢٠٢١

دادڕینی بندامێن

و

زامداریی بندامێنی منداڵبوون

کتێبێک بۆ مامانەکانی کوردستان

هەولێر 2021

ناوی: دادڕینی بندامێن و زامداری بندامێنی منداڵبوون

بابەت: تەندروستی، پزیشکی

نوسەر و وەرگێڕ: حمدیه میرخان احمد

نارتەرسەنیتوس

کەژان ابراهیم محمود

ئەڤین فتاح حاجی مام

تیران جمیل پیرۆ

واحیده عبدالله ابراهیم

چاپخانە: چاپخانەی هەڤاڵی هونەری

ژمارەی سپاردن: لەبەڕێوبەرایەتی گشتی کتێبخانە گشتیەکان
ژمارەی سپاردنی (٨٩٨) ساڵی ٢٠٢١ پێدراوە

نووسەران

د حمدیە میرخان احمد، سەرنووسەر
پرۆفیسۆر
دکتورا لە پەرستاری ئافرەتان
زانکوی هەولێری پزیشکی

د ئارتەر سەنیتوس
پرۆفیسۆری یاریدەدەر
لە توێکاری کلینیکی
ئاکادیمی زانستی پولەندی ، زانکۆی ئادالاید

د کەژان ابراهیم محمود
ماموستا
دکتورا لە مامانی
زانکوی هەولێری پزیشکی

د ئەفین فتاح حاجی مام
ماموستا
دکتورا لە مامانی
زانکوی هەولێری پزیشکی

د تیران جمیل پیرۆ
پرۆفیسۆری یاریدەدەر
دکتورا لە پەرستاری ئافرەتان
زانکوی هەولێری پزیشکی

م واحیدە عبدالله ابراهیم
ماموستای یاریدەدەر
ماستەرلە پەرستاری ئافرەتان
زانکوی هەولێری پزیشکی

پێشەکی

مامانی پیشەیەکە بە زانیاری و زانستێکی جیا و مەودا و ڕێسای ڕەوشتی و ستانداردەکانی کاری تایبەت بە خۆی. مامانی بناغەیەکی پتەوی لە زانیاری و کۆمەڵێك شارەزایی تێدایە بۆ ئەوەی خزمەتگوزاریی دایکایەتی تەواو پێشکەش بە ئەو ئافرەتانە بکات کە منداڵیان دەبێت. مامانی لە هەرێمی کوردستانی عێراق وەك یەکێك لە دیسپلینە ئەکادیمییە گرنگەکان ناسێنراوە. مامانی بەو شێوەیەی ئێستای لە هەرێمی کوردستان پێویستیی زیاتری بە زانیاریی پشتبەستوو بە بەڵگە و ڕێنمایی کرداری هەیە و بە تایبەتیش بە زمانی دایکیان (زمانی کوردی). مەبەست لە ئەم کتێبە بریتییە لە پێشکەشکردنی ڕێنماییە دیاریکراوەکان بە زمانی کوردی بۆ ئەو مامانانەی لە هەرێمی کوردستاندان. ئەم کتێبە کردە و کێشە باوەکانی ماوەی منداڵبوون لە نەخۆشخانەکانی منداڵبوون دەخاتە روو و روونیان دەکاتەوە. کردەی دادڕینی بندامێن (Episiotomy) بە ڕێژەیەکی بەرز لەلایەن مامانەکانەوە ئەنجام دەدرێت و لە کاتێکیشدا دڕانی بندامێن (perineal laceration) کێشەیەکی باوی کاتی منداڵبوونەوە تووشی ملیۆنان ئافرەت دەبێت لە جیهاندا. ئامانجی سەرەکیی ئەم کتێبە ئەوەیە کە هۆکارەکان دیاری بکات، پرۆتۆکۆلەکانی چارەکردن هەڵبسەنگێنێت و ئەو ڕێگایانە دەستنیشان بکات کە دەبنە هۆی کەمکردنەوەی دڕانی بندامێن. بابەتی ڕێگریکردن لە کۆست و برینی سەختی بندامێن و ئاکامەکانی پرسێکی حەتمی و ناچارییە، بەڵام ئەوەی کە چۆن دەکرێت ئەم ڕێگرییە بکرێت، زۆر روون نییە. هەروەها، چاودێریی پاش دڕان بۆ دایکان بۆ ماوەی دوای منداڵبوونیان (زەیستان) پێویستیی بە پرۆگرامی بنەڕەتیی پەروەردەیی هەیە. نوسەران کتێبەکەیان لە زانیاریی پشتبەستوو بە بەڵگە کۆکردووەتەوە کە چەند پرسێك دەگرێتەوە وەك خاڵەکانی دەستنیشانکردن و، توێکاری و، فیسۆلۆژی نەخۆشیزانی و، چارەکردن و ڕێگریکردن لە کۆستەکانی منداڵبوون. بانگهێشتی مامانەکانی کوردستان دەکەین سەرنجی خۆیان لەسەر ئەم کتێبە بدەن لە ڕێگەی پەیوەندیکردنی بە سەرنوسەری کتێبەکە لە ڕێگەی ئەم ئیمەیڵە: hamdia76@gmail.com.

پاڵپشتنامە

جێی خۆشحاڵیمە کە پزیشکی نەخۆشی ئافرەتان و منداڵبوونم و داوام لێ دەکرێت پاڵپشتینامەیەک بۆ ئەم کتێبە بنوسم کە لە لایەن نوسەرانی پیشەیی و ئەکادیمی نوسراوە بە مەبەستی پێشخستنی زانیاریە تیۆرییەکان و شارەزاییە کلینیەکانی مامانەکان سەبارەت بە کۆسی بندامێن. هەمیشە باوەڕم وەها بووە کە خزمەت و چاودێریی پیشەیی و هاریکارییانەی دوولایەنەی نێوان مامانەکان و پزیشکانی ئافرەتان پێوەرێکی زێڕینە لە چاودێریی دایکایەتیدا بۆ باشترکردنی هۆشیاری لەبارەی چاودێریی تایبەت بۆ منداڵبوون و هەروەها وەك باشترین رێگا پێشنیار کراوە بۆ چارەکردنی قەیرانە چاوەڕوانکراوەکانی چاودێریی دایکایەتی. کۆستی بندامێن لە دوای منداڵبوونی سروشتی لە رێی زێوە کێشەیە بۆ ئەو ئافرەتانەی منداڵیان دەبێت و رەنگە ناکامی ئەرێنیی کورتخایەنی جیدی و نەخۆشیی جەستەیی و دەروونیی درێژخایەنی بەدوادا بێت. مامانەکان شارەزا و پسپۆری منداڵبوون و چاودێریی دوای منداڵبوونن هەم بۆ دایکەکە و هەمیش بۆ منداڵەکە. رۆڵی ئەوان لە منداڵبووندا زۆر گرنگە بۆ ئەوەی دایکەکە و کۆرپەلەکە لە دۆخێکی باشدا بن. ئەم کتێبە کە بە شێوەیەکی وورد و کورت و پوخت و بە شێوازێکی زانستیی سەردەمیانە نوسراوە یارمەتیدەر دەبێت بۆ بەرەوپێشبردنی زانیاری و شارەزاییە پزیشکییەکانی مامانەکان و بە شێوەیەکی دیاریکراوتریش بۆ رێگریکردن لە روودانەی داڵەتەکانی دڕانی بندامێن و بۆ یارمەتیدانی دایکانی نۆبەرە کە چۆن چارەی حاڵەتەکانی دڕانی بندامین بکەن لە دوای منداڵبوون لە رێگەی جێبەجێکردنی رێنمایی و ئامۆژگارییەکانی پەیوەست بە برینەکانی ناوچەی بندامێن.

پرۆفیسۆر د ناریانا خالص جواد

سەرۆکی دەستەی کوردستان بۆ پسپۆڕییە پزیشکیەکان

سەرۆکی کۆمەڵەی پزیشکانی نەخۆشییەکانی ئافرەتان و منداڵبوون لە کوردستان - عێراق

پاڵپشتنامە

پێویستییەكی ڕاستەقینە هەیە بە زانیاریی گونجاو بۆ پڕكردنەوەی پێداویستییە پەروەردەییەكانی مامانەكان لە گشت ئاستێكدا و بە تایبەتی لە هۆڵی منداڵبوون بۆ ئەوەی ڕێژەی كۆستی بنداميَن (perineal trauma) و كاریگەرییەكانی دادڕینی بنداميَن (iatrogenic episiotomy) كەم ببنەوە. كاری سەختی ئەو كەسانەی كە ئەم كتێبە بچوكە بۆ مامانەكان بەرهەم دەهێنن؛ ئەو بەشە چالاك و گرنگەی كارمەندانی تەندروستی لەسەر ئەو بیرۆكەیەن كە فێربوون كەم بەها دەبێت ئەگەر ماددە و كەرستە بەردەستەكانی فێربوون و فێركردن لە ئاستێكدا نەبن كە هاوتای ناوەڕۆكە پێشكەوتووەكان بێت. خۆشحاڵم كە ئەم پاڵپشتنامەیە بۆ ئەم كتێبە دەستییە نایاب و باش دیزاین كراوە دەنووسم كە كەسانێك دایاننـاوە و پەرمیان پێ داوە كە ڕاستەوخۆش پەیوەندیدارە بە مامانەكانەوە. پەیڕەوی لە ڕاستییە دەكات كە هەموو كتێبێكی دەستی پێویستە ڕووبەڕووی ئەو ئاڵنگار و تەحەدایە ببێتەوە كە دەبێت گشتگیر، بەڵام كورت و، بە باشی شرۆڤەكراو بێت و جەخت بخاتە سەر دەرخستە كلینیەكان و ستراتیژەكان ڕێگریكردن و خۆپارێزی. ئەم كتێبە تەنها ئەوە ئەنجام دەدات و بە دەست دەكەوێت و بە ئاسانی بەكار دەهێنرێت. دەكرێت ڕێك هەمووی بخوێنرێتەوە یان چڕ بكرێتەوە سەر بەشە دیاریكراوەكانی كێشەكان. چەند بەشێكی بەنرخی تێدایە لەسەر نیشانە توێكارییە كلینیەكان و، چەند بابەتێكی تێدایە لەسەر دادڕینی بنداميَن و كۆستی بنامێن لە بڵاوكراوەكانی ناوچەی خۆماندا و، هەروەها بەڵگەكان نوێ و ئەپدەیت دەكاتەوە لەسەر ئەم كێشە كلینیكیە گرنگە و، ڕێنمایی بەسوودی تێدایە لەسەر ئامۆژگارییە كردەییەكانی چاودێریی تەندروستی.

پرۆفیسۆر شەهلا كریم ئەلعەلاف

بەشی نەخۆشیەكانی ئافرەتان و منداڵبوون (OBGY)

كۆلێژی پزیشكی / زانكۆی هەولێری پزیشكی

پێرست

بەشی یەکەم

دەسپێك

د حمديه ميرخان احمد

د تيران جميل پيرۆ

م وحيدا عبدالله ابراهيم

لە سەرانسەری جیهاندا، لە ساڵێکدا نزیکەی ١٤٠ ملیۆن ئافرەت منداڵیان دەبێت.

لەگەڵ ئەوەی کە زانیاریی زۆر هەن لەسەر بەڕێوەبردنی کردە پزیشکییەکانی تایبەت بە ژانگرتن و منداڵبوون، بەڵام بایەخێکی کەمتر دەدرێت بەوەی کە لە دوای کردە پزیشکییەکان چی پێوستن بۆ ئەوەی ئافرەتان هەست بە سەلامەتی و ئاسوودەیی و ئەرێنیبوون بکەن سەبارەت بە ئەو ئەزموونە (WHO, 2018). ئەندامە شانە نەرمەکانی ڕێڕەوی زاوزێ و ئەندامەکانی نزیکیان رەنگە تووشی زامداری و برینی سەخت ببن لە کاتی منداڵبووندا بە هۆی کردەی دادڕینی بندامێن (episiotomy)، دڕانی خۆبەخۆیی یانیش بە هۆی هەردووکیان (Renfrew et al. 1998; Johnson et al., 2004). لە زانستی منداڵبووندا، کێشە و ئاڵۆزییەکی بەرچاو بریتییە لە حاڵەتەکانی دڕانی بندامێنی (perineal lacerations) لە دەرەنجامی منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە. زیاتر لە ٦٠٪ی ئافرەتان تووشی زامداری بندامێن دەبن لە دوای منداڵبوونی سروشتییان لە ڕێگەی زێوە و، هەموو ڕۆژێك نزیکەی ١٠٠٠ ئافرەت لە دوای منداڵبوونەکەی پێویستی بە دوورینەوەی بندامێن دەبێت (Fernando 2007). زامداری بندامێن و ناکامەکانی بواری گرنگن بۆ لەشساغی و تەندروستیی ئافرەت. زۆر ئافرەت لە سەرانسەری جیهاندا دووچاری پلەیەك لە برینی بندامێن و زێ دەبن لە کاتی منداڵبووندا (Steen & Diaz, 2018). دڕانی بندامێن لە دوو لەسەر سێی ئافرەتاندا ڕوو دەدات و وەهاش باس کراوە کە بوونەتە هۆی کێشە کۆمەڵایەتییەکان و کار دەکاتە سەر تەندروستیی دەروونی دایکان (Ott et al, 2015). زامداری بندامێن چەند کێشەیەکی تەندروستی کورتخایەن و درێژخایەنی وەهای بە دوادا دێت کە کاریگەریی نەرێنیی گرنگی دەبێت لەسەر تەندروستی ئافرەت و شێوازی ژیانی (Steen & Diaz, 2018). دواکەوتنی سارێژبوونەوەی بندامێن لە دوای منداڵبوون دەبێتە هۆی زیاترکردنی مەترسییەکانی خەمۆکی و دابڕانی کۆمەڵایەتی (Dunn et al, 2015). نەخۆشییەکانی پەیوەندیدار بە زامداری/برینی بندامێن یەکێکە لە کێشە گەورەکانی تەندروستی کە کاریگەریی لەسەر هەزاران ئافرەت هەیە. بۆیە، ئەو مامانانەی کە چاودێری پێشکەش دەکەن و یارمەتی ئافرەتان دەدەن لە کاتی منداڵبووندا زۆر گرنگە کە بەرنامەدار

و ڕاهێنراو بن بۆ ئەوەی باشترین چاودێریی گونجاو پێشکەش بکەن بە پشتبەستن بە بەڵگە و زانیارییە هەرە نوێ و سەردەمییەکان (Steen & Diaz, 2018).

پێداچوونەوەیەکی مێژوویی بۆ دادڕینی بندامێن

لە ڕابردوودا، دادڕینی بندامێن یەکێك بوو لە کردە نەشتەرگەرییە هەرە باوەکانی زانستی منداڵبوون (Amorim et al., 2014; Melo et al., 2014). یەکەم جار لە ساڵانی ١٧٤٠دا لەلایەن مامانێکی سکۆتلەندی پێناسە کرا، کردەکانی دادڕینی بندامێن بە بەربڵاوی ئەنجام نەدەدران تا ناوەڕاستەکانی ١٩٠٠. ئەم کردەیە لە نێوان ساڵانی ١٧٤٢ و ١٩٨٠ بە گشتی کرا، ئەمەیش لەپێناو ویستی کەمکردنەوەی نەخۆشی و ناڕەحەتی و حاڵەتەکانی مردنی دایکەکە و کۆرپەلەکە. لە سەدەی بیستەمدا ئەم ویستە دواتر لە ڕێگەی گشتاندنی هەنگاو بە هەنگاوی منداڵبوون لە نەخۆشخانەکاندا پەرەی پێ درا. لە دەرەنجامدا، ئەم بڕگانە ئەنجامدانی دادڕینی بندامێنی پەیوەست کرد بە چارەسەرە پزیشکییەکانی دووگیانی. لە ساڵی ١٩٢٠دا، جۆزێف دی لی سەرەتا و بە ئاشکرا داکۆکی کرد لە تەبەنیکردنی کردەی دادڕینی بندامێن بە شێوەی ناوەند بۆ لاتەنیشت بۆ گشت حاڵەتەکانی منداڵبوون لە نافرەتانی نوێبەرەدا. لەپاڵ بۆچوونی قایلکەری دی لی و پێگەکەی خۆی لە کۆمەڵگای پزیشکیدا، هەندێك هۆکاری دیکەی کۆمەڵایەتیش ڕەنگە هۆکاری دیکە بن بۆ زیاترکردنی ئاستی پەسەندکردنی ئەم کردەیە. لە ماوەی ساڵانی دیکەی سەدەی بیستەمدا، دادڕینی بندامێن بووە کارێکی چاودێریکردنی پێوەری لەلایەن زۆرێك لەو پزیشکە ئەمریکییانەی چاودێریی منداڵبوون پێشکەش دەکرد. لە ساڵی ١٩٧٩دا، دادڕینی بندامێن لە ئەمریکادا بە نزیکەیی بە ڕێژەی ٦٣٪ی هەموو حاڵەتەکانی منداڵبوون ئەنجام دەدرا، بە ڕێژەیەکی زیاتریش بۆ نافرەتانی نوێبەرە (Clesse et al, 2019). لە شانشینی یەکگرتووی بەریتانیا و لە هەمان سەردەمدا، ڕێژەکانی دادڕینی بندامێن لە ١٤٪ بۆ ٩٦٪ و لە نێو نافرەتانی نوێبەرەدا لە ١٦-٧١٪ بووە. لەو سوودە کورتخایەنانەی گوایە سوودی بۆ نافرەتان هەیە لە کاتی منداڵبوون بریتی بوون لە ئاسانی دورینەوەی بە بەراورد بە دڕانی خۆبەخۆی بندامێن، باشتربوونی ئازاری دوای منداڵبوون و، هەروەها کەمبوونەوەی حاڵەتەکانی دڕانی (پلە سێ و پلە چوار). پزیشکانی منداڵبوون لە وڵاتە یەکگرتووەکانی ئەمریکا وەهایان دانا کە ئەم برینە بچوکە دەبێتە هۆی

خێراترکردنی منداڵبوون، کەمکردنی زامداریی سەخت و یارمەتی چاکبوونەوەی بندامێنیش دەدات. لە ساڵانی ١٩٦٠دا، دادڕینی بندامێنی ڕۆتینی ڕێگەی خۆی بۆ بەریتانیاش کردەوە. بە گوێرەی بیچ (Beech)، بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن لە ئەمریکا و بەریتانیا بە شێوەیەکی بەربڵاو لە ئەنجامی زیاتربوونی ڕێژەی چارەکردنی کارای حاڵەتەکانی منداڵبوون بوو. ئەم ڕێکارە بۆ حاڵەتەکانی منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە یەکەم جار لە ساڵی ١٩٢٠دا پێشنیار کرا وەك ڕێگاچارەیەك بۆ پاراستنی بنەوەی حەوز لە دڕان و بۆ پاراستنی سەری کۆرپەڵەکە لەوەی کە تووشی زامداری و پێکان ببێت (Lappen & Gossett, 2010; Rodrigues & Nene, 2018). لە ئەمریکادا، لە ماوەی نێوان ٢٠٠٦ بۆ ٢٠١٣، ڕێژەکە لە ١٧.٣٪ دابەزی بۆ ١١.٦٪ (Jiang et al, 2017).

ئەم هۆکارانەی خوارەوە بە کار هاتوون بۆ پەرەپێدانی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن:

- کەمبوونەوەی ئەو زامدارییەی بەر سەری کۆرپەڵەکە دەکەوێت.
- ئاسانیی دورینەوە و سارێژبوونەوەی باشتری برینەکە.
- پاراستنی ڕاگرە فاشیایی و ماسولکەییەکانی بناغەی حەوز.
- ڕێگریکردن لە دڕانی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم.
- ڕێگریکردن لە عاسیبوونی شان (shoulder dystocia). (ICEA, 2017)

پێناسەی دادڕینی بندامێن (episiotomy)

دادڕینی بندامێن (episiotomy) بریتییە لە کردەیەکی نەشتەرکاری کە بۆ گەورەکردنەوەی دەرچەی منداڵبوون و ئاسان دەرچوونی کۆرپەڵەکە ئەنجام دەدرێت (Amorim et al., 2014, Jiang et al., 2017).

پۆلێنکردنی دادڕینی بندامێن (Classification of episiotomy)

- دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاستەوە (median episiotomy): لە دواوەی فورشێت (خاڵی بەیەکگەیشتنی خوارینی لچەکانی زێ) (fourchette) دەست پێدەکات و لەسەر هێڵی ناوەڕاستی ژێی ماسولکەی ناوەڕاستی بندامێن/ناوچەی زێ درێژ

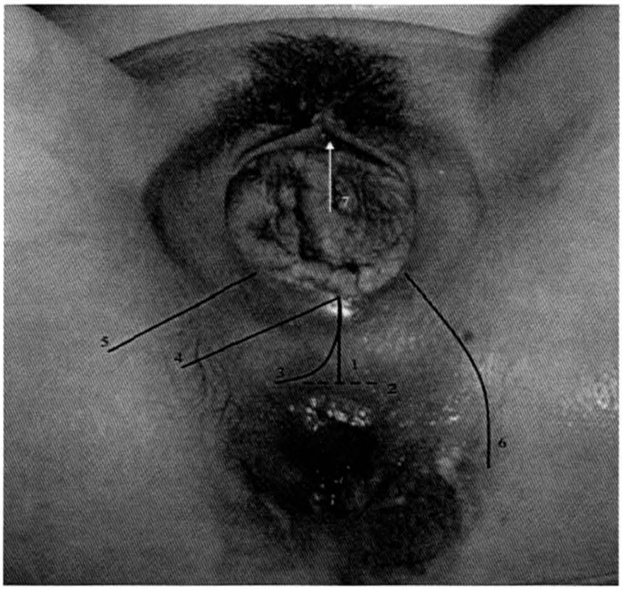
دەبێتەوە. درێژکردنەوەی دڕینەکە پێویستە بە ئەستەم بگات بە نیوەی درێژیی ناوچەی بندامێن. ئەم جۆرەی دادڕینی بندامێن بە شێوەیەکی بەربڵاو لە ئەمریکا و کەنەدا بەکار دەهێنرێت.

- دادڕینی بندامێنی ناوەڕاستیی گۆڕدراو: بە زیادکردنی دوو بڕینی ناراستە پێچەوانە ڕێك لە سەرەوەی شوێنی پێشبینیکراوی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم ئەنجام دەدرێت. بڕینە پێچەوانەکان هەر یەکە و لە لایەك لێ دەدرێت، ئەمەیش بە ستوونی لەسەر هێڵی ناوەڕاست و، کۆی درێژییەکەی دەبێتە ٢.٥ سم. بەکارهێنانی ئەم شێوازە گۆڕدراوە وەها لێکدەدرێتەوە کە تیرەی دەرچەی زێ بە ڕێژەی ٨٣٪ بکاتەوە بە بەراورد بە دادڕینی پێوەریی بندامێن لە ناوەڕاستەوە، ئەمەیش دەکرێت بە جیاکردنەوەی توێژ و ماسولکە بەیەکهێنەرەکانی بندامێن ئەنجام بدرێت. ئەمەیش یارمەتی دەدات لە بردنە دواوەوەی کۆم بە بێ ئەوەی هیچ مەترسییەکی پێکان بە هۆی کێشانییەوە دروست بکات.
- دادڕینی بندامێن بە شێوەی پیتی (J): ئەم دادڕینە بە بڕینێکی ناوەندی/ناوەڕاستی دەست پێدەکات و ئینجا بۆ لایەك لار دەکرێتەوە بۆ ئەوەی نەگات بە کۆم. لەم تەکنیکەدا، مەقەستی چەماوە بەکار دەهێنرێت کە لە هێڵی ناوەڕاستی زێ دەست پێدەکات تا ئەوەی بڕینەکە دەبێتە ٢.٥ سم لە دووری کۆمەوە. ئینجا پیتی (J) بە ناراستەکردنی بڕینەکە بەرەو ئێسکی سمت و بە دوورکەوتنەوە لە ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم دروست دەکرێت.
- دادڕینی ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت (Mediolateral): ئەمەیان باوترین جۆری بەکارهێنراوی دادڕینی بندامێنە لە ئەوروپا. وەها پێناسە دەکرێت کە بڕینێکە لە هێڵی ناوەڕاستەوە و ئینجا بۆ لاتەنیشت و دواتر بۆ خوارەوە دوور لە کۆم ناراستە دەکرێت.
- دادڕینی لاتەنیشت (Lateral): ئەم جۆرەی دادڕین یەکەمجار لە ساڵی ١٨٥٠ بەکار هێنرا. بە دووری ١ یان ٢ سم لە دەرچەی زێوە و لە لاتەنیشتی هێڵی ناوەڕاست دەست پێدەکات و بەرەو خوارەوە شۆڕ دەکرێتەوە بەرەو بەرزایی

ئێسکی سمت. دادڕینی لەتەنیشت زۆر بەدەگمەن لە ئەدەبیاتی منداڵبووندا باس دەکرێت.

- دادڕینی لاتەنیشتی بناغەیی/رادیکاڵی (دادڕینی شوچارت): زۆر جار بە کردەیەکی بەدەر لە نەشتەرگەریی منداڵبوون دادەنرێت. دادڕینێکی تەواو فراوانکراوی بندامێنە کە دەچێتە قووڵایی ناوەوەی زێوە و بەرەو خوارەوە و بە دەوری ریخۆڵە راستەی کۆم لار دەکرێتەوە. دەکرێت لە سەرەتای کردەی دەرهێنانی منداڵدان یان ملی منداڵدان (hysterectomy or trachelectomy) لە رێگە زێوە ئەنجام بدرێت بۆ ئەوەی یارمەتی بدات لە دەستگەیشتن بە لاتەنیشتەکان یان بە ناوچەی پارامێتری، بۆ ئەوەی رێگە بدات بە دەرهێنانی شانەزێی (پاسەریی) پشتگوێخراو، یان هەندێك جاری کەمیش بۆ ئاسانترکردنی منداڵبوون لە حاڵەتە ئاڵۆزەکاندا (کورپەڵەی سەر گەورە، هاتنەدەرەوەی بەزەحمەت بە سمتدا یان بۆ راستکردنەوەی عاسیبوونی شانی کورپەڵە) ئەنجام دەدرێت.
- دادڕینی پێشەوەیی (Anterior episiotomy): یان لادانی کاریگەریی خەتەنەکردن (رێکارێکە بۆ کردنەوەی ئەو شوێن برینەی کە لە هەندێ لە ناستەکانی خەتەنەکردنی مێینە دروست بووە) هەمیشە لە کاتی منداڵبووندا بۆ ئەو ئافرەتانە ئەنجام دەدرێت کە پێشتر بە هۆی خەتەنەکردنەوە تووشی تێکدانی ئەندامەکان بوون. پزیشکەکە یان نەشتەرکارەکە لە پێشەوەی زێ پەنجەی دەباتە ژوورەوە بەرەو ناراستەی ناوچەی تووکەبەری. بۆ کردنەوەی شوێن برینەکە، لە ناوەڕاستەوە لچە زێ ناوینەکان/بچوکەکان (labia minora) بە یەکەوە نوسێنراون درز دەکرێت تا ئەوەی کە بۆریچکەی دەرمێکیی میزەڕۆ بەدەر دەکەوێت و لێوارەکانی پێشەوە (anterior flap) بە تەواوی دەکرێنەوە. پاشماوەکانی قیتکە نابێت ببڕدرێن. هەروەها دەکرێت جۆرێکی دیکەی دادڕین (بە پەسەندکراوی دادڕینی ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت) پێویست بکات لە کاتی منداڵبوونەکەدا.

(kalis et al., 2012, Goh et al., 2018)



شێوەی ژمارە ١: جۆرەکانی دادڕینی بندامێن: ١- دادڕینی ناوەڕاستی بندامێن، ٢- دادڕینی گۆڕدراوی ناوەڕاستی بندامێن، ٣- دادڕینی بندامێن بە شێوەی پیتی (J)، ٤- دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت، ٥- دادڕینی لاتەنیشت، ٦- دادڕینی لاتەنیشتی رادیکاڵی (دادڕینی شوچارت)، ٧- دادڕینی پێشەوەیی (تیرە سپییەکە). لە ئێستادا هیچ پێوەرێکی نێودەوڵەتی لەبارەی ئەوەی داخۆ دادڕینی بندامێن بۆ لای راست یان بۆ لای چەپ بدڕێنرێت (ئەمە دادڕینی ناوەڕاستی ناگرێتەوە). ئەم وێنەیە بەراوردکردنی شوێنەکانی جۆرە جیاوازەکانی دادڕینی بندامێن نیشان دەدات. ئەوانەی لای راست شێوەی پیتی (J) و دادڕینی ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت و دادڕینی لاتەنیشت و لای چەپیش دادڕینی لاتەنیشتی رادیکاڵی نیشان دەدات کە بێ مەبەست و بە رەمەکی خراونەتە روو. (Kalis et al., 2012)

برینی دادڕینی بندامێن (Episiotomy Incision)

ئەم برینە (درزە) دەکرێت لەسەر هێڵی ناوەڕاست (لە ناوەندەوە یان لەسەر هێڵی ناوەڕاست بۆ خوارەوە بەرەو کوم بێت) یان لە هێڵی ناوەڕاستەوە دەست پێبکات بەرەو خوارەوە بڕات و ئینجا بۆ لاتەنیشت و دوور لە کۆم لابدرێت. مامان یان پزیشکی منداڵبوون دەتوانێت

بڕیار بدات بە بەکارهێنانی مەقەس یان تیغی نەشتەرگەری برینێکی/درزێکی نەشتەری لە بندامێن بکاتەوە بۆ ئەوەی منداڵەکە بە ئاسانی لەدایك ببێت و بۆ ڕێگریکردن لە دڕانێکی سەختی وەها کە زەحمەت بێت بۆ دورینەوە. ئەم درزە دواتر بە تەقەڵ چاك دەکرێتەوە (Lappen & Gossett, 2010; ACOG, 2016).

کۆنگرەی ئەمریکی بۆ پزیشکانی منداڵبوون و نەخۆشییەکانی ئافرەتان (ACOG) لە ئێستادا پێشنیاری ئەوە دەکات کە کردەی دادڕینی بندامێن دەبێت تەنها لە حاڵەتە تەواو سنوردارەکان ئەنجام بدرێت. بەڵام هێشتا لە زۆر شوێنی جیهاندا بە فراوانی ئەنجام دەدرێت (Lappen and Gossett, 2010; ACOG, 2016; Rodrigues & Nene, 2018).

دەکرێت دڕانی زێ لە کاتی منداڵبووندا ڕوو بدات، زۆربەی جار لە دەرچەی زێ و لە کاتێکدا کە سەری کۆرپەڵەکەی پێدا تێپەڕ دەبێت، بە تایبەتی ئەگەر کۆرپەڵەکە بە خێرایی دەربچێت. دادڕینی بندامێن وەك هەوڵێك ئەنجام دەدرێت لەپێناو ڕێگریکردن لە دڕانی نەرمەشانەکان کە ڕەنگە ماسولکە بەیەکهێنەرەوەکانی کۆم و ڕاستەڕیخۆڵەش بگرێتەوە (Varney et al., 2019).

پێناسەی زامداریی بندامێن (perineal trauma)

زامداریی بندامێن (perineal trauma) بریتییە لە هەر زیانێك بەر کۆئەندامی زاوزێ بکەوێت لە کاتی منداڵبووندا کە خۆبەخۆ ڕوودەدات یان بە هۆی کردەیەکی نەشتەرکاری ئەنجام دەدرێت کە پێی دەووترێت دادڕینی بندامێن (episiotomy). زامداریی بندامێنی پێشەوەیی (**Anterior perineal trauma**) برینێکە لە لچەکان، بەشی پێشەوەی زێ، میزەڕۆ یان لە قیتکەدا ڕوو دەدات و، بە زۆریش نەخۆشیی کەمی لەگەڵدا دێت. زامداریی بندامێنی پاشەوەیی (**Posterior perineal trauma**) برینێکە لە دیوارەی پاشەوەی ناو زێ، ماسولکەکانی بندامێن یان لە ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم. دڕانە خۆبەخۆکان بەم شێوانەی خوارەوە پێناسە دەکرێن (Varney et al., 2015; Kettle et al., 2008):

- درانی پلە یەك: برینەكان تەنها لە فورشیت (خاڵی بەیەكگەیشتنی خوارینی لچەكانی زێ) (fourchette) و پێستی رووكەشی بندامێن یان لە چڵمەشانەكانی زێ (vaginal mucosa) روو دەدەن.
- درانی پلە دوو: ئەو برینانەیە كە خاڵی بەیەكگەیشتنی خوارینی لێوەكانی زێ (fourchette) و پێستی رووكەشی بندامێن یان لە چڵمەشانەكانی زێ تێپەڕ دەكات و دەگات بە ماسولكە و فاشیاكانی (fascia) بندامێن، بەڵام ناگەن بە ماسولكەی بەیەكهێنەری كۆم (anal sphincter). دادرینی بندامێنی پلە دوو بە كۆست یان زامداریی بندامێن بە هۆی چارەسەری پزیشكییەوە دادەنرێت (Goh et al., 2018).
- درانی پلە سێ: كاتێكە كە پێستی فورشیت (fourchette) و، پێستی بندامێن و، چڵمەشانەی زێ و، ماسولكەكان و، ماسولكەی بەیەكهێنەری كۆم دەدرێن؛ درانی پلە سێ دەكرێت بۆ سێ لقەبەش دابەش بكرێن كە بریتین لە:
  - ٣آ – كاتێك كە كەمتر لە ٥٠٪ی ماسولكەی بەیەكهێنەری دەرەكیی كۆم دەدرێت/دەبڕێت.
  - ٣ب – كاتێك كە زیاتر لە ٥٠٪ی ماسولكەی بەیەكهێنەری دەرەكیی كۆم دەدرێت/دەبڕێت.
  - ٣ج – كاتێك كە ماسولكەی بەیەكهێنەری دەرەكی و ناوخۆیی كۆم دەدرێت/دەبڕێت.
- درانی پلە چوار: فورشیت و، پێستی بندامێن و، چڵمەشانەی زێ و، ماسولكەكان و، ماسولكەی بەیەكهێنەری كۆم و چڵمەشانەی راستەڕیخۆڵە دەدرێن.
- درانی كونە دوگمە (Button-hole): ئەم درانە چڵمەشانەی راستەڕیخۆڵە دەگرێتەوە لەگەڵ مانەوەی ماسولكەی بەیەكهێنەری كۆم بە سەلامەتی.

ڕێژەی دادڕینی بندامێن (episiotomy) و دڕانی بندامێن (perineal tear)

لە ڕابردوودا، دادڕینی بندامێن یەکێك بووە لە کردە نەشتەرگەرییە هەرە باوەکان لە زانستی منداڵبووندا (Lappen & Gossett, 2010). بەکارهێنانی ڕۆتینی چیدیکە کاری پێ ناکرێت بە هۆی دەستکەوتنی بەڵگە لەسەر ئەوەی کە بە بەکارهێنانی ناڵۆزییەکان زیاتر دەبن. لە ساڵی ١٩٩٦دا، پێشنیاری ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی (WHO) بۆ دادڕینی بندامێن بە ڕێژەیەکی ١٠٪ پارەمەتیدەر بوو لە کەمکردنەوەی بەربڵاوییەکەی (ICEA, 2017). بە پێ ئەو توێژینەوە بلاوکراوەکانی بەردەست، ڕێژەی زامداری/بڕینی سەختی بندامێن و کردەی دادڕینی بندامێن بە پێی توێژینەوە و وڵاتە جیاوازەکان دەگۆڕێت وەك ئەوەی لە خشتەی ژمارە ١.١ ڕوون کراوەتەوە.

خشتەی ژمارە ١.١- ڕێژەی دادڕینی بندامێن و زامداریی بندامێن لە وڵاتە جیاوازەکاندا

وڵات	جۆری توێژینەوە	ساڵ	قەبارەی/ژمارەی نمونەکان		ڕێژەی دادڕینی بندامێن	ڕێژەی دڕانی بندامێن
			نۆبەرە	سکی چەند جارە		
تورکیا	ڕابردوویی	2017	2971	5616	93.2	_____
هیند	پانەبڕگەیی	2011	64	56	86.7%	-
مەکسیك	تاقیکردنەوەی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراو	2013	38	40	12.8	2.6
نەیجیریا	پانەبڕگەیی	2012	280	-	34.3	-
بەرازیل	پانەبڕگەیی	2011	150	153	60.7	6.6
مەغریب	پانەبڕگەیی	2013	770	760	34.5	-
نەیجیریا	پانەبڕگەیی	2010	-	375	25.1	-
پاکستان	پانەبڕگەیی	2012	1488	-	-	7
تورکیا	تاقیکردنەوەی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراو	2015	72	70	42.2	8.4
کامیرۆن	پانەبڕگەیی	2015	148	-	3.3	18.9
بەنگلادیش	گرووپی	2012	242	240	10.1	1.1
ئێران	تاقیکردنەوەی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراو	2011	50	-	80	26
یەمەن	گرووپی	2010	2588	-	75.1	0.27
نیکاراگوا	دەستتێوەردانی	2014	380	386	31.2	3
ئێران	تاقیکردنەوەی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراو	2012	23	22	84.4	2.2
فەلەستین	پانەبڕگەیی	2013	68	66	79.9	-
گامبیا	گرووپی	2013	190	191	27.8	16
ئوردن	پانەبڕگەیی	2009	450	455	54.3	15.8
تانزانیا	دەستتێوەردانی داهاتوویی	2011	260	250	18.4	-
گینیا	گرووپی داهاتوویی	2014	720	731	13.2	3.1
مالیزیا	تاقیکردنەوەی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراو	2013	82	-	-	96.3
چین	تاقیکردنەوەی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراو	2014	28		47.1	7.8
بەریتانیا	پانەبڕگەیی	2015	128	120	14	14.5

(Bello et al., 2010, Frass and Al-Harazi, 2010, Francisco et al., 2011, Singh and Rathore, 2011, Alayande et al., 2012, Brohi et al., 2012, Ferdous et al., 2012, Geranmayeh et al., 2012, Assarag et al., 2013, Hassan et al., 2013, Sulaiman et al., 2013, Spitzer et al., 2014, Wang et al., 2014, Demirel and Golbasi, 2015, Egbe et al., 2015, Bahtışen et al., 2017; Calvo Aguilar et al., 2013;; Azam et al., 2011; Garcia-Elorrio et al., 2014; Kaplan et al., 2013; Khresheh et al., 2009; Sorensen et al. 2011).

هۆکارە پەیوەندیدارەکان بە زامداری بندامێن (Associated factors with perineal (trauma

هۆکارە پەیوەندیدارەکان بە زامداریی بندامێن لە توێژینەوە جیاوازەکاندا جیاوازن. لە هەندێ لێکۆڵینەوەدا، تەمەنی دایکەکە، جارەکانی منداڵبوون، دۆخی پاڵکەوتنی دایکەکە لە کاتی منداڵبووندا، هاندەری/یارمەتیدەری ژانگرتن، تەمەنی سك (دووگیانی)، کێشی کۆرپەلەکە، بە خراپی هاتنەدەرەوە و هەڵکەوتەی خراپی کۆرپەلەکە، منداڵبوون بە نامراز، عاسیبوونی شانەکان، ژانگرتنی بەپەلە، ماوەی قۆناغی دووەمی ژانگرتن، ئاستی هۆشیاری/خوێندەواریی دایکەکە، کۆرپەلەی کوڕ، منداڵبوون لە نەخۆشخانەیەکی تایبەت و، رەگەز و رەچەڵەکی هەموویان وەك هۆکاری پەیوەندیدار بە برینی بندامێنی دانراون. لەگەڵ ئەوەشدا، هەندێ توێژینەوەی دیکە ئەوەیان دەرخستووە کە کێشی کۆرپەلەکە، قەڵەوی، تەمەنی دایکەکە، ماوەی قۆناغی دووەم، چێوەی بازنەیی سەری کۆرپەلەکە و ئاستی هۆشیاری/خوێندەواری دایکەکە بە هۆکاری پەیوەندیدار بە زامداریی بندامێن دانەنراون. ئەم جیاوازییانە دەکرێت بە هۆی جیاوازییەکانی کەسانی ناو توێژینەوەکان بن. لە هەندێ توێژینەوەدا، لێکۆڵینەوە تەنها بۆ حاڵەتەکانی دادڕینی بندامێن ئەنجام دراون و لە هەندێ توێژینەوەی دیکەشدا، بۆ دڕانەکانی بندامێن لێکۆڵینەوە کراون. هەروەها لە ژمارەیەك توێژینەوەدا، لێکۆڵینەوە لە کۆستە/زامدارییە سەختەکانی پلە سێ و پلە چواری بندامێن کراوە Albers et al., 2006, Fernando, 2007, Mesdaghinia et al., 2011, da)) Silva et al., 2012, Khani et al., 2012, Dahlen et al., 2013, Smith et al., 2013, Mora-Hervás et al., 2015, Gauthaman et al., 2016, Abedzadeh-.(Kalahroudi et al., 2019; Niguse et al. 2016

نیشاندەرەکانی دادڕینی بندامێن (Indications of episiotomy)

هەرچەندە دادڕینی بندامێن بە هۆی چەندین هۆکارەوە ئەنجام دەدرێت لەلایەن پێشکەشکارانی چاودێریی تەندروستی، بەڵام زۆرینەی ئەو کردانە پشتبەستوو نین بە بەڵگە. لەبەر ئەمەیش، رێکخراوی تەندروستی جیهانی پێشنیاری ئەوە دەکات کە "بەکارهێنانی

دادڕینی بندامێنی ڕۆتینی یان هەڵبژاردەیی پێشنیار ناکرێت بۆ ئەو ئافرەتانەی کە بە سروشتی و لە ڕێگەی زێوە منداڵیان دەبێت". بە گشتی، ئێستا دادڕینی بندامێن لەسەر بنەمای تاکەکەسی ئەنجام دەدرێت. وەها دادەنرێت کاتێك کە بارودۆخە کلینیکییەکان نەخۆشە بخەنە بەر مەترسیی بەرکەوتنی بە دڕانی پلە سێ و پلە چوار یان کاتێك کە لێدانی دڵی کۆرپەڵەکە جێی نیگەرانی بێت، ئەوا خێراترکردنی پرۆسەی منداڵبوونەوەکە لە ڕێگەی زێوە وەها بە باشتر دەزانرێت بۆ منداڵەکە (ICEA, 2017). نوێترین بەڵگە لەسەر نیشاندەرەکانی دادڕینی بندامێن لە بەشی پێنجەمی ئەم کتێبەدا بە تێروتەسەلی روون کراوەتەوە.

کێشە و ئاڵۆزییەکانی زامداریی بندامێن (Complications of perineal trauma)

بەشێکی زۆری توێژینەوەکانی پەیوەست بە ئەو ئاکامانەی دادڕینی بندامێن کێشە؛ کورتخایەن و مامناوەندخایەنیان هەڵسنگاندووە؛ کێشە درێژخایەنەکانی دادڕینی بندامێن روون نەکراونەتەوە.

کاریگەرییە کورتخایەنەکان:

- حاڵەتەکانی دڕانی بندامێن
- خوێنڕێژی و لەدەستدانی خوێنی زۆر
- ئاوسانی شوێنی برین
- هەوکردنی شوێنی برین
- زیانگەیشتن بە ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم و چلمەشانەکانی ڕاستەڕیخۆڵە
- برینداربوونی میزەڕۆ
- برینداربوونی میزڵدان
- دروستبوونی مەیینی خوێن
- ئازار
- خۆلێکنەدانی برینی دادڕینی بندامێن

کاریگەرییە درێژخایەنەکان:

- هەوکردنی درێژخایەن
- تێکچوونی ئەرکی کۆم و ڕاستەڕیخۆڵە
- ڕانەگرتنی میز
- شۆڕبوونەوەی ئەندامەکانی حەوز
- تێکچوونی توانای سێکسی
- نازار

ناکامە دەروونییەکانی زامداریی بندامێن بریتین لە خەمۆکی و کێشە دەروونییەکانی چالاکی سێکسی، دواکەوتنی هۆگربوون بە منداڵەکە و وەستاندنی پێدانی شیری مەمك (Webb, 2020).

بەشی دووەم

تویێکاریی بندامێنی مێینە لە بارەی پێکانەکانی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم و دڕانەکانی بندامێن بە هۆی منداڵبوونەوە

د نارسەر سەنیتوس

پێشەکی

بندامێن (پەرینە، بنلینگ، هەتەك، ناوچەی زێ، نێوان زێ و کوم) (Perineum) بەشێکی رووکەشییە کە دەکەوێتە نێوان ئەندامی زاوزێی دەرەکی و کوم و، جودایە لە بۆشایی حەوز. بندامێن لە چەند پێکهاتەیەکی جۆراوجۆری ماسولکە ریشاڵی (fibromuscular) و دەمار و بۆری خوێن (neurovascular) پێك دێت و، رۆڵی راگرتن بۆشایی حەوزیش دەبینێت. هەروەها پارێزگاری دەکات لە یەکانگیری پەردەی بنەوەی حەوز (pelvic diaphragm) (وەك: ماسولکەی راگری کوم (levator ani) و ماسولکەی کلێنچك (coccygei)) (Moore *et al*. 2010). هەروەها، بندامێنی مێینە (female perineum) بەشدار دەبێت لە کردارەکانی مێزکردن، پیساییکردن و زاوزێ. سنورەکانی بندامێنی مێینە هاوتایە لەگەڵ قەبارەی دەرچەی حەوز: بەیەکگەیشتنی دوو چڵە ئێسکی تووکەبەری لە پێشەوە؛ سمتەجوڵە بۆ نوکی کلێنچکە، لە پشتەوە و؛ گرێکانی سمت (ischial tuberosities) لە لاتەنیشتەوە. گرێبەندەکانی سمتەجوڵە کەنارەکانی لای پشتەوەی بندامێن دیاری دەکات. بنەوەی بندامێن بریتییە لە بنەوەی حەوز (بنەوەی سێبەند) و بناغەکەی پێك دێت لە فاشیا (fascia) و پێست (Moore *et al*. 2010).

کاتێك کە پەلەکانی خوارەوە دێنەوە یەك ناوچەی زێ شێوەی ئەڵماسی وەردەگرێت کە بە چوار هێڵ پێکەوە دەبەسترێتەوە، دووانیان یەکگرتەی دوو ئێسکی تووکەبەری (pubic symphysis) و هەردوو چڵە ئێسکی سمت و تووکەبەری (ischiopubic rami) بە یەك دەگەیەنێت و دووانەکەی دیکە هەردوو چڵە ئێسکی تووکەبەری بە نووکی کلێنچکە دەگەیەنن (Moore et al. 2010). لە رووی توێکارییەوە، ناوچەی زێ دەکرێت بۆ دوو سێگۆشە دابەش بکرێت لە رێگەی هێڵێکی نێوانبڕی ناوەندی کە هەردوو چڵە ئێسکی سمت و تووکەبەری (ischiopubic rami) بە یەك دەگەیەنێت. بەمەش سێگۆشەی مێزەڕۆ و زاوزێ (urogenital) دەکەوێتە پێشەوە و سێگۆشەی سمت و کوم دەکەوێتە پاشەوە. دوو لەسەر سێی مێزەڕۆی دووری مێینە دەکەوێتە ناو ناوچەی زێ و بەشی دووری زێ (distal vagina) دەکەوێتە تەختایی دەمی زێ (introitus plane) (Hosseinzadeh et al., 2012).

پەردەی بندامێن (Perineal membrane)

سێگۆشەی میزەڕۆ و زاوزێ هەر یەکە لە کیسەی بنداميێنی رووکەشی یان پەردەی بەردەم میزەڕۆ و زێ (urogenital diaphragm) و کیسەی بنداميێنی قووڵ لەخۆ دەگرێت. بە پێچەوانەی سێگۆشەی سمت و کۆم (ischioanal triangle)، سێگۆشەی میزەڕۆ و زێ بە پەردەی بنداميێنی داپۆشراوە کە پێك دێت لە شانەی ماسولکە فاشیایی (musculofascial) و لە لای سەرەوە تێکەڵ بووە لەگەڵ فاشیای راگری کۆم (levator ani) و بەردەوام دەبێت لەگەڵ ماسولکە بنەڕەتییەکانی میزەڕۆ و زێ. خۆبەستنەوەی بە قەدی بنداميێن (perineal body) دەبێتە هۆی راگرتنی میز (Fahmy and Munakomi 2019).

رۆڵێکی گرنگی پەردەی بنداميێن ئەوەیە کە کیسەی قووڵ و رووکەشیی بنداميێن لە یەك جیا دەکاتەوە. ئەم کیسانە چەندین ماسولکە و پێکهاتەی جۆراوجۆری میزەڕۆ و زێ لەخۆ دەگرن. کیسەی رووکەشیی بنداميێنی سێ سنوری هەیە کە بریتین لە: سەرەوە، ژێرەوە و پێشەوە. ئەمانەیش پەیوەستن بە ماسولەکەکانی پێشەوەی سك و، پەردەی میزەڕۆ و زێ و ماسولکەی ئیسکی ئەشکەوتی سمت (ischiocavernosus) و، سەلکەی ئیسفەنجی (bulbospongiosus) و ماسولکە پانەی بنداميێن (Fahmy and Munakomi 2019).

گەیشتنی هەستە دەمار بە ناوچەی بنداميێن (Nerve supply of the perineum)

گەیشتنی دەمارەکانی جووڵە و هەست بە ناوچەی بنداميێن (ناوچەی زێ) لە لقەکانی دەماری دامێن (pudendal nerve) سەرچاوە دەگرن کە لە ریشە دەماری (S2-S4) سەرچاوە دەگرن. هەستە دەماری دامێن هەستەوەرەکانی بەشی ژێرەوەی راستەریخۆڵە/کۆم دابین دەکات کە هەست دەدات بە بەشی دەرەوەی ماسولەکەی یەکخەری کۆم و بە پێستی دەوروبەری کونی کۆم؛ هەروەها هەست دەدات بە (ماسولکەی راگەی کۆم) لە ناوچەی بنداميێن و بە لقەکانی هەستە دەمارەکەی سەرپشتی ناوچەی بنداميێن (قیتکە). زۆر جار، زیانگەیشتن بە دەماری دامێن دەبێتە هۆی لەدەستدانی کۆنترۆڵی میزکردن یان پیساییکردن، ئەمەیش بە پێی ئەو لقە دەمارەی کە زیانی پێ گەیشتووە. هەروەها دەمارەی دیکەی

سەربەخۆ هەست دەدەن بە ماسولکە خۆکارەکانی (involuntary muscles) کۆنترۆڵکردنی میزکردن و پیساییکردن (بۆ نمونە وەك، ماسولکەی بەیەکهێنەری ناوەوەی کۆم، ماسولکەی بەیەکهێنەری ناوەوەی میزەڕۆ).

قەدی بندامێن (Perennial body)

قەدی بندامێن گرنگییەکی تایبەتی بۆ بندامێنی ئافرەت و بۆ کاتی دادڕینی بندامێن هەیە. قەدی بندامێن بریتییە لە پێکهاتەیەکی ماسولکە ریشاڵییە کە سێگۆشەی میزەڕۆ و زێ و سێگۆشەی سمت و کۆم لە یەك جیا دەکاتەوە. سنورەکانی لە لای خوارەوە (لە لای کلکێنەوە) بریتییە لە پێستی بندامێن و، رووەوە پێشەوە دەدات لە پشتەوەی زێ و، رووەو پشتەوەش دەدات لە رووی پێشەوەی راستەڕیخۆڵە. سنوری لاتەنیشەکانیشی بریتین لە چڵە ئێسکی سمت و تووکەبەری (ischial rami puborectalis) و، ماسولکەی نێوان زێ و تووکەبەر (pubovaginalis) و ماسولکەی بەر و زێ و کلێنچکە (pubococcygeus). لە قووڵترین خاڵدا، قەدی بندامێنی دەکەوێتە پێشەوەی کەناڵی کۆم (Woodman and Graney 2002). بە درێژایی لای سەرەوە و پشتەوەی قەدی بندامێن پەیوەندیدارە بە ماسولکەی ناوینی بەیەکهێنەری کۆم، ریشاڵەکانی ماسولکەی بەیەکهێنەر بە درێژایی دیوارەی پشتەوەی زێ شۆڕ دەبێتەوە بۆ نزیك بەیەکگەیشتنی کۆم و راستەڕیخۆڵە (anorectal junction) (Oh and Clark 1973).

دەکرێت قەدی بندامێن پەیوەست بکرێت داربەستێکی ماسولکە بۆ پێکەوە نوساندنی ماسولکەکانی پەردەی حەوز (راگری کۆم) (pelvic diaphragm) و ماسولکەکانی بندامێن (ماسولکەی رووکەشی بەر-زێ-کلێنچکە و ماسولکەی قووڵی بندامێن، ماسولکەی بەپانیی قووڵی بندامێن و ماسولکەکانی میزەڕۆ). زۆری پێوەنوسانی ماسولکەکان بە قەدی بندامێن دەبێتە هۆی یەك پارچەیی ناوچەی بندامێن. بەم شێوەیە، قەدی بندامێنێکی بەهێز رێگر دەبێت لە شۆڕبوونەوەی بناغەکانی حەوز و کۆئەندامی زێ و میزەڕۆ. لە روو فیسیۆلۆجییەوە، چوونەیەکی قەوسە ژێیەکانی فاشیای حەوز یارمەتی قەدی بندامێن دەدات

فشاری ناوسك كەم بكاتەوە و، بەم شێوەیەش كونی/چاڵی زێ و میزەڕۆ بپارێزێت (Woodman and Graney 2002).

هەر بە ئەم تازەییە كە قەدی بندامێن وەها دانرا كە رۆڵێكی یەكانگیر دەگێڕێت لە پاراستنی توانای راگرتنی پیسایی بەوەی كە وەك جیاكەرەوەیەكی سروشتی كار دەكات لە نێوان زێ و راستەڕیخۆڵە (Hakelius 1979; Woodman and Graney 2002). بەم شێوەیە، پاراستنی توانای راگرتنی راستەڕیخۆڵە لەلایەن هەندێ نوسەرەوە وەك كارێكی سەرەكیی قەدی بندامێن دادەنرێت بە هۆی ئەوەی كە چەندین ماسولكەی جۆراوجۆری پێوە پەیوەستە.

سێگۆشەی سمت و كۆم (Ischioanal triangle)

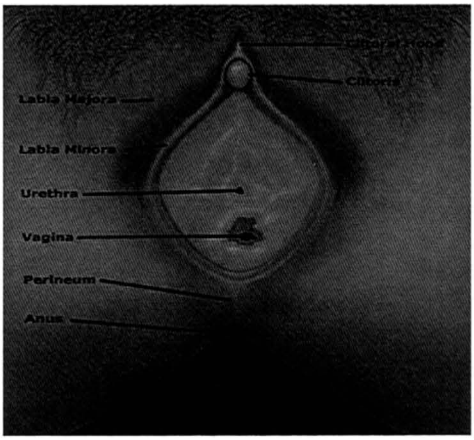
سێگۆشەی سمت و كۆم ئەندامی كۆم لەخۆ دەگرێت كە بریتییە لە شوێنی پیساییكردن و لەلایەن ماسولكەكانی راگری كۆم و ماسولكەی بەیەكهێنەری ناوخۆیی و دەرەكیی كۆم دەپارێزرێت. ئەم پێكهاتانە راگرتنی پیسایی كۆنترۆڵ دەكەن. ماسولكەی راگری كۆم لە حاڵەتەكانی راگرتنی پیسایی و لە كاتی منداڵبووندا بەكار دەهێنرێت. ماسولكەی بەیەكهێنەری ناوەوە و دەرەوەی كۆم دەكەونە كۆتایی كەناڵی كۆم. ماسولكەی بەیەكهێنەری ناوەوەی كۆم بە هۆی سیستمێكی سەربەخۆوە (ماسولكەی خۆكار) دەبزوێنرێت. لە بەرانبەردا، ماسولكەی بەیەكهێنەری دەرەوەی كۆم (ماسولكەی خۆكار) و ماسولكەی راگری كۆم لە لایەن دەماری دامێنەوە هەستیان پێ دەدرێت (Jacob, 2008).

تێڕوانینێكی گشتی بۆ پێكهاتەكانی زێ (Overview of the structures of the vulva)

كۆئەندامی زاوزێی دەرەكیی مێینە كە لە دەرچەی زێ (vulva) و پۆبكەی تووكەبەری و لچە گەورەكان و لچە بچوكەكان و قیتكە و زێ/كێلان (vagina) و بەشی دەرەكیی میزەڕۆ و رژێنەرەكانی كونی زێ (رژێنەری بارتۆلین). زێ بە چەندین جۆر چینی فاشیای بندامێنی و ماسولكەی رووكەشی و قووڵی بندامێنی رادەگیرێت (Drake et al. 2005; Muhleman et al. 2017).

ڕێڕەوی زێ (vestibule) هەر یەکە لە میزەڕۆ و، دەمی زێ و، پۆپیتەی پەردەی کچێنی و ڕژێنەرەکانی ڕێڕەوی زێی تێدایە. ڕێڕەوی زێ بە ماسولکەی سەلکەی ئیسفەنجی (bulbospongiosus) دەورە دراوە کە لە پێشەوە دەنوسێت بە خاڵی یەکگرتنی چلە ئێسکی سمت و تووکەبەری و لە پاشیشەوە دەگات بە قەدی بندامێنی (Muhleman et al. 2017).

ناوزێ (کێلان) (vagina) بریتییە لە بۆشاییەکی شێوە بۆری/سیلندەری دروستبوو لە ماسولکەی ریشاڵی، کە لە توێژاڵی چینچینی (پولەکەیی) ناکریاتینە پێك دێت و توانایەکی بەرچاوی کێشهاتن (لاستیکی) هەیە و بە چینێکی شێوە چرچ و لۆچ لە سەرەتای ناوزێوە تا ملی منداڵدان داپۆشراوە (Chiva and Magrina 2019; Muhleman et al. 2017). کونی/بۆشایی ناوزێ بە نزیکەیی ٦.٣سم درێژە و لە منداڵدانەوە درێژ دەبێتەوە بۆ پێشەکیی/دەرچەی زێ، ئەمە لە کاتێکدا کە ئافرەتەکە لە ڕووی سێکسییەوە نەورووژابێت (Barnhart et al., 2006; Matthes and Zucca-Matthes,2016).



شێوەی ژمارە ١- پێکهاتە سەرەکییەکانی زێ. وەرگیراوە لە (Ron AF Greve
(http://moonlit.xs4all.nl [Public domain]

دڕانی بندامێن بە هۆی منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە

منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە هۆکارێکی پڕ مەترسییە بۆ تووشبوون و بەردەوامبوونی برینی ماسولکەکانی ڕاگرتنی کۆم لە کاتی منداڵبووندا (OASIS). منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە زۆر

جار دەبێتە هۆی گۆڕانی ناستەکانی (OASIS) بە نزیکەیی لە ٥٠٪ی ئافرەتان و دواتریش بە تووشبوونیان بە ڕانەگرتنی ڕاستەڕیخۆڵە/کۆم بە ڕێژەی ٤٪ بۆ ٦٪ (Guise et al. 2007)، بە زۆریش بە هۆی ئەو زیانەی شوێن برینی دوای منداڵبوونە کە دەبێتە هۆی شێواندنی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (Sultan et al. 1994; de Leeuw et al. 2002; de Leeuw et al. 2008). ئەمەیش ڕاستییەکە کە زۆر جار ناکرێت لێی بەدوور بێت. بەکارهێنانی ئامراز لە کاتی منداڵبووندا ڕۆڵێکی گرنگی هەیە (de Leeuw et al. 2008).

هەندێ کێشەی دیکە بە تایبەتی لە کاتی درێژەکێشانی منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە هەن وەك زیانگەیشتن بە دەماری دامێن/ئەندامەکانی زاوزێ (pudendal nerve) (Fitzpatrick and O'Herlihy 2005; Dirro, Sastre and Sielezneff 2007). تەنانەت بە چاککردنەوەی گشتیش شانسی کارکردنی ماسولکەی بەیەکهێنەری دەرەکیی کۆم لە ئافرەتان و لە منداڵبووندا بۆ ئەوەی وەك پێش منداڵبوونی لێ بێتەوە بریتییە لە ٤٠٪ (Fernando et al. 2006).

هەروەها بە نزیکەیی ٦،٧٨٪ لە ئافرەتان لە کاتی منداڵبوونی لە ڕێگەی زێوە تووشی کێشەی ڕانەگرتنی میز دەبن. هەروەها ئەمە لەو ئافرەتانەیشی کە منداڵیان نابێت زۆر باوە. ئەوەش ئاشکرایە کە منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە مەترسیی ڕانەگرتنی میز لە دوای منداڵبوون زیاتر دەکات (Persson et al., 2000, Jovanovic et al., 2011, Signorello et al., 2000). سینۆرێلۆ و کەسانی دیکەش (2000) جەختیان کردووەتەوە لەوەی ئەو ئافرەتانەی کە نەشتەرگەریی/کرداری دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە مەترسییەکی سێ قاتیان لەسەرە بۆ تووشبوونیان بە ڕانەگرتنی ڕاستەڕیخۆڵە لە ٣-٦ مانگی دوای منداڵبوون. هەروەها باس لەوەش کراوە کە پزیشکانی بێنەزموون ڕەنگە بەشدار بن لە کێشە چارسەرییەکانی وەك شێوانی ماسولکەی بەیەکهێنەری دەرەکیی کۆم. بە داخەوە، کەمیی چاودێریی سەرەتایی هۆکارێکی مەترسییە بۆ شێوان و تێکچوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری دەرەکیی کۆم بە شێوەیەکی ئاشکرا (Pronk et al. 2010).

باس لەوە دەکرێت کە منداڵبوونی لەدوای یەك لە ڕێگەی زێوە دڕانی بندامێن بە پلەی سێیەم و چوارەم بە ڕێژەی ٥-٧٪ زیاتر دەکات (O'Connell and O'Herlihy 2003, Thakar and Sultan 2009, Scheer *et al.,* 2009).

دادڕینی بندامێن (Episiotomy) و برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASIS)

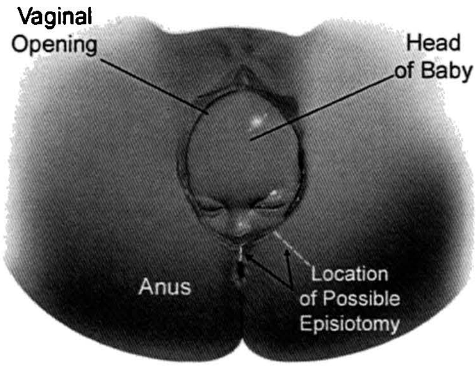
سەبارەت بە جووتبوونی نازاربەخش (dyspareunia) بەڵگەی وەها هەیە کە دادڕینی بندامێن دەتوانێت کاریگەریی خراپی هەبێت لەسەر توانای ئافرەت بۆ ئەنجامدانی چالاکی سێکسی بۆ ماوەیەکی زۆر لە دوای منداڵبوون. لێکۆڵینەوەیەك ئاماژە دەدات بە ڕوودانی ٧.٩٪ تووشبوون بە حاڵەتەکانی جووتبوونی نازاربەخش لە دوای منداڵبوون بە دادڕینی بندامێن، ئەمەیش لە بەرانبەر بە ٣.٤٪ لە ئەو ئافرەتانەی کە ئەم کردارەیان ئەنجام نەداوە (Ejegård et al., 2008).

توێژینەوەیەك باس لەوە دەکات دڕانی پلەی دوو لە ٥١.٣٪ی ئەو ئافرەتانەدا ڕوویان داوە کە لە کاتی دووەم منداڵبوونیاندا کرداری دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە بە بەراورد بە ٢٦.٧٪ی ئافرەتان کە لە یەکەم منداڵبوونیاندا دادڕینی بنداميٚنيان بۆ ئەنجام نەدراوە (Jovanovic et al. 2011).

دادڕینی بنداميٚن بۆ خۆی هۆکارێکی سەربەخۆیە بۆ زیاترکردنی مەترسیی ڕانەگرتنی میز. هەروەها، لە بەراوردکارییەکدا لە نێوان گرووپێك لە ئافرەتان کە دادڕینی بنداميٚنيان بۆ ئەنجام دراوە لەگەڵ گرووپێکی دیکە کە بۆیان ئەنجام نەدراوە لە کاتی منداڵبوونیان لە ڕێگەی زێوە ئەوەی نیشان داوە کە ڕوودانی دادڕینی بنداميٚن بە ڕێژەیەکی زیاتر لە گرووپی یەکەمدا بووە (Živković et al. 2016; Chang et al. 2010).

دەبێت تێبینی ئەوە بکرێت کە دووگیانبوون دەکرێت بۆ خۆی هۆکارێکی سەربەخۆی پێچەوانەیی بێت لە تووشبوون بە ڕانەگرتنی میز لە دوای منداڵبووندا (Živković et al. 2016). بەم شێوەیە، بەکارهێنانی دادڕینی بنداميٚن ڕەنگە وا لە هەندێ ئافرەت بکات خێراتر تووشی برینداری ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASIS) ببێت. هەندێ هۆکاری دیکەی

تووشبوون بە (OASIS) بریتییە لە ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە یەکەم منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە.



شێوەی ژمارە ٢ – شوێنە گونجاوەکان بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە کاتی منداڵبووندا.
وەرگیراوە لە: (Ron AF Greve http://moonlit.xs4all.nl [Public domain])

دەرەنجام

منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە کێشەی گەورەی تەندروستی بۆ زۆر نافرەت دروست دەکات. بە ڕەچاوکردنی مەترسیی زۆری برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASIS) بە هۆی منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە یان بە هۆی دادڕینی بندامێن، پێویست بە تێگەیشتنێکی ڕوون دەکات لە توێکاری بندامێن. لەم کاتەی ئێستادا، ناکرێت دادڕینی بندامێن لە کردارە نەشتەرگەرییەکان دەربکرێت و وەلا بنرێت. ناڵۆزیی بندامێنی نافرەت پێویست بە ووریایی نەشتەرگەری دەکات. هەروەها، پێویستە تێبینی ئەوە بکرێت کە پێکهاتە توێکارییەکانی مێینە دەکرێت بە هۆی کێشە جۆربەجۆرە کلینیکییەکانەوە تووشی پێکان و ناڵۆزیی ببن، وەك خوێنڕێژی دوای منداڵبوون و، نازاری کاتی جووتبوون و، برین و ناسۆر لە میزەڵدان و ڕاستەڕیخۆڵەدا، ڕانەگرتنی میز و، شوێن برینی دوای نەشتەرگەری.

بەشی سێیەم

پێداچوونەوەی زانیارییە بڵاوکراوەکان لە سەر زامداریی بندامێن و دادڕینی بندامێن لە کوردستاندا

د. حمدیه میرخان احمد

چەندین توێژینەوە لە هەرێمی کوردستان لەبارەی دادڕینی بندامێن و، زامداریی بندامێن و چالاکییەکانی مامانەکان ئەنجام دراون. دەرەنجام و ئاکامەکانی لە خوارەوەدا پوخت کراونەتەوە.

چالاکیی مامانەکان سەبارەت بە دادڕینی بندامێن و زامداریی بندامێن

توێژینەوەیەکی بەرفراوانی پانەبڕگەیی (cross-sectional) لە سێ نەخۆشخانەی حکوومی سێ پارێزگاکەی هەرێمی کوردستانی عێراق، هەولێر و دهۆك و سلێمانی ئەنجام درا. شوێنەکانی بریتی بوون لە گەورەترین نەخۆشخانە فێرکارییەکانی لەدایکبوون لە ئەم سێ پارێزگایەدا؛ ئەم سێ نەخۆشخانەیە بە شێوەیەکی گشتگیر چاودێریی دایکایەتی پێشکەش بە گشت هەرێمەکە دەکەن. کەسانی ناو توێژینەوەکە هەموو ئەو مامانانەی گرتەوە کە لە هۆڵەکانی منداڵبوونی ئەو نەخۆشخانانە کار دەکەن. مەبەستەکانی ئەم توێژینەوەیە بریتی بوون لە: ۱) دیاریکردنی هۆکاری مامانەکانی نەخۆشخانە بۆ ئەنجامدانی کرداری دادڕینی بندامێن، ۲) دەستنیشانکردنی پەیوەندیی نێوان تایبەتمەندییە دیمۆگرافییەکانی مامانەکان و هۆکارەکانیان بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن، ۳) بەراوردکردنی هۆکارە کلینیکییەکانی مامانەکان بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە نێوان ئەو سێ شارە سەرەکییەدا، ٤) دەستنیشانکردنی هەندێ لایەنی کرداری دادڕینی بندامێن لەلایەن مامانەکانەوە، ٥) دەستنیشانکردنی تێڕوانینی مامانەکان سەبارەت بە ڕێژەی کرداری دادڕینی بندامێن، ٦) ئاشکراکردنی بۆچوونی مامانەکان لەسەر ئاستی پەسەندکردنیان بۆ تەقەڵدانی بڕینی دادڕینی بندامێن، ۷) هەڵسەنگاندنی ئەو ڕێنماییانەی چاودێریکردن لە پاش دادڕینی بندامێن لەلایەن مامانەکان بۆ ئەو نافرەتانەی دادڕینی بندامێنیان ئەنجام داوە، ۸) بەراوردکردنی ڕێنمایی مامانەکان بۆ دوای کرداری دادڕینی بندامێن لە هەر سێ شارە گەورەکەدا، ۹) دڵنیابوونەوە لەو ڕێبازانەی لەلایەن مامانەکانەوە بەکار دەهێنرێن بۆ بەدووربوون لە ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن و، ۹) هەڵسەنگاندنی ئاستی زانینیان سەبارەت بە ئاڵۆزیی کردەی دادڕینی بندامێن لە سێ شارە سەرەکییەکەی هەرێمی کوردستان.

زۆربەی مامانەکانی کوردستان ئاماژەیان بەوە دا کە ئەنجامدانی هەر دادڕینێکی بندامێن بە پێی بڕیاری خۆیان دەبێت. لە بەرانبەریشدا، ئەوانی دیکە رایانگەیاند کە پزیشکانی منداڵبوونی پەیوەندیدار یارمەتییان دەدەن لە بڕیاردان لەبارەی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن. مامانەکان باسیان لە ١٦ هۆکاری کلینیکی کرد بۆ ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن، کە بریتین لە: هۆکاری تایبەت بە دایکایەتی: رێژەکانی باشتربوونی سارێژبوون، پێشبینیکردنی دڕان یان برینداربوونی دیکە لە بندامێن، ئەشتەرگریی سێبەند (حەوز) لە پێشوودا، ترسی (هیستریای) ئافرەتەکە کە کۆنترۆڵ ناکرێت، ئەستوری یان نالاستیکیبوونی (جیڕبوونی) بندامێن؛ هۆکاری تایبەت بە کۆرپەڵە: دۆخی نالەباری کۆرپەڵەکە، کەمبوونەوەی پەستان لەسەر سەری کۆرپەڵەکە، عاسیبوونی شان، کورتکردنی کات بۆ قۆناغی دووەمی کردارەکە، هەڵکەوتەی خراپی کۆرپەڵەکە، منداڵبوونی بەئامراز، منداڵبوونی بریچ، کۆرپەڵەی گەورە؛ هۆکاری دیکە: ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن وەك رۆتینێك بۆ ئەو ئافرەتانەی یەکەم سکیانە، ئاسانترە بۆ چاکبوونەوە و سارێژبوون بە بەراورد لە گەڵ زامداری بندامحن بۆ پزیشکان، یان فەرمانی پزیشك. بەرزترین رێژەی هۆکاری پزیشکیی باسکراو بریتیبوون لە ماکرۆسۆمیا (کۆرپەڵەی گەورە) بە رێژەی (٧١.٧٪)، منداڵبوونی بریچ (٥٨.٥٪)، عاسیبوونی شان (٥٤.٧٪)، بۆ رێگریکردن لە دڕانی بندامێن (٥٠.٩٪) و، دۆخی نالەباری کۆرپەڵە (٥٠.٩٪). پەیوەندییەکی زۆر گرنگ هەبووە لە نێوان ژمارەی ساڵەکانی ئەزموونی مامانەکان لە هۆڵەکانی منداڵبووندا و هەڵبژاردنی عاسیبوونی شان وەك هۆکارێکی کلینیکی بۆ ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن. هەروەها پەیوەندییەکی زۆر گرنگ هەبووە لە نێوان ئاستی خوێندەواریی مامانەکان و هەڵبژاردنی رێگری لە دڕانی بندامێن و عاسیبوونی شان وەك هۆکاری کلینیکی بۆ ئەو کردەیە. هەروەها پەیوەندییەکی گرنگ هەبووە لە نێوان ئاستی خوێندەواری و هەڵبژاردنی منداڵبوونی بریچ و کۆرپەڵەی گەورە وەك هۆکاری ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن. توێژینەوەکە بەو ئەنجامە گەیشت کە هۆکارە کلینیەکانی مامانەکان بۆ ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن پشتبەستوو نین بە بەڵگە و یەکدەست نین لە هەر سێ پارێزگاکەی هەرێمی کوردستانی عێراق. تەمەنی مامانەکان و ساڵەکانی ئەزموونیان لە هۆڵەکانی منداڵبوون و، پسپۆری و ئاستی خوێندەواریان کاری کردووەتە سەر هۆکار و بیانووەکانیان بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن. خولەکانی راهێنان

و بەردەوامیدان بە خوێندن بۆ مامانەکان سەرەڕای پەرەپێدانی سیاسەت و ڕێنماییە پزیشکییەکان لە هەرێمەکەدا پێکەوە پرسێکی گرنگن بۆ یەکخستنی کردەی نەشتەرگەری پشتبەستوو بە بەڵگە.

پێشنیاری توێژینەوەی زیاتر کراوە بە مەبەستی شیکردنەوەی ئەو هۆکارانەی دەبنە هۆی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە ئاستی هەر حاڵەتێکی منداڵبووندا (احمد، ۲۰۱٤). زۆرینەی مامانەکانی کوردستان وەهایان داناوە کە ڕێژەی کردەی دادڕینی بندامێن لە نەخۆشخانەکانیاندا بەرزە. وەڵامی مامانەکان سەبارەت بە هۆکارەکانی بەرزی ڕێژەی کردەی دادڕینی بندامێن پەیوەست بوون بە پێنج هۆکار: دایکایەتی (٧٧.٣٥٪)، کۆرپەڵە (٣٩.٦٢٪)، مامانەکان (٣٧.٧٣٪)، پزیشکانی ئافرەتان (٣٠.١٨٪) و، سیاسەتی نەخۆشخانە و سیستمی تەندروستی (٢٠.٧٥٪). بۆچوونی مامانەکان سەبارەت بە ئەوەی چۆن ڕێژەی کردەکانی دادڕینی بندامێن کەم بکرێنەوە بریتی بوون لە باشترکردنی چاودێریی مامانی لە کاتی مامانیدا (٧٧.٣٥٪)، چاکسازی لە سیستمی تەندروستیدا (٦٠.٣٧٪)، چاکسازی لە سیاسەتەکانی نەخۆشخانە (٥٠.٩٤٪) و، باشترکردنی چاودێریی دایکایەتی لەکاتی دووگیانیدا (٢٦.٤١٪). بە نزیکەیی گشت مامانەکان هەوڵیان داوە خۆ بەدوور بگرن لە دادڕینی بندامێن. زۆرینەیەك لە مامانەکان ڕەتیان کردووەتەوە داوای ئافرەتەکان پەسەند بکەن بۆ ئەنجامنەدانی کردەی دادڕینی بندامێن. هیچ جیاوازییەکی ئەوتۆ نەبووە لە نێوان مامانەکانی هەر سێ شارەکە. گەورەترین بەشی (٥٤.٥٤٪) وەڵامی مامانەکان سەبارەت بە هۆکاری ڕەتکردنەوەی داواکاریی ئافرەتان بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە خوارەوە روون کراوەتەوە: "دایکان لە ئاڵۆزییەکان تێناگەن و نیمە دەزانین کە پێویستیان پێیەتی". لە وەڵامی ئەم پرسیارەدا "ئایا دەتەوێت بەرپرسیارێتی تەقەڵدانی دادڕینی بندامێن قەبوڵ بکەیت ئەگەر سیاسەتی نەخۆشخانە ڕێگەت پێ بدات؟"، زۆرینەی مامانەکان (٦٤.٢٪) بە "بەڵێ" وەڵامیان داوەتەوە و زۆرترین هۆکاریش بۆ ئەو وەڵامە ئەرێنییە بریتی بووە لە: "ئەمە بڕیاری مامانەکەیە (بڕینی جێ دەستی خۆمە) و مامانیش شارەزایی زیاتری هەیە لە پزیشکانی ئافرەتان." تەنها نۆ لە مامانەکان ڕاهێنانیان بینیوە لەسەر ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن. لەگەڵ ئەوەشدا، باسی ئەوەیان کرد کە "بە شێوەیەکی ڕوون هیچ سیاسەتێکی نەخۆشانە یان هیچ ڕێنماییەکی تایبەت نییە سەبارەت بە سنورداریی کردەی

دادڕینی بندامێن". ئەم توێژینەوەیە بەو ئەنجام گەیشت کە لەبەرچاوگرتنی تێڕوانین و بۆچوونی مامانەکان لەسەر کردەی دادڕینی بندامێن و دابینکردنی خولی ڕاهێنان و ڕێنماییەکان بۆ ئەنجامدانی ئەم کردەیە و هەروەها ئاڵوگۆڕکردنی ئەزموونەکانیان لە نێوان خۆیاندا لە ڕێگەی گفتوگۆی گرووپی ڕەنگە یارمەتیدەر بێت بۆ کەمکردنەوەی ڕێژەی کردەی دادڕینی بندامێن و بۆ ئەوەی بە دروستی ئەنجام بدرێن لە نەخۆشخانەکانی لەدایکبوون لە هەرێمی کوردستاندا. توێژەر ڕادەسپێریت بۆئەنجامدانی توێژینەوەی زیاتر بۆ دڵنیابوون لە کوالیتیی کردەکانی دادڕینی بندامێن و ئاڵۆزییەکانی (پیرۆ، ٢٠١٦).
بەرزترین ڕێژەی لەسەدیی مامانەکان لە دهۆك و سلێمانی (١٠٠٪ و ٩٤.٤٪ بە ریز بۆ هەر یەکێکیان) ئەوەیان بە دایکەکان ڕاگەیاندووە کە دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دەدرێت. لەگەڵ ئەوەشدا، مامانەکانی هەولێر ئەم ڕۆڵەی پێڕاگەیاندنیان نەبووە. جیاوازییەکی گرنگ هەبووە لە نێوان بەجێگەیاندنی مامانەکانی ئەو سێ شارە سەبارەت بە ئاگادارکردنەوەی دایکەکان و پێدانی ڕێنماییەکانی تایبەت بە چاودێریی دوای کردەی دادڕینی بندامێن. هۆکاری پێنەدانی ڕێنماییەکانی چاودێریی دوای کردەی دادڕینی بندامێن بۆ مامانەکانی هەولێر بە هۆی نەبوونی سیاسەتی نەخۆشخانە بووە. ئەم مامانانە باسی ئەوەیان کرد کە پزیشکەکان دوورینەوەیان ئەنجام داوە بۆ کردەکانی دادڕینی بندامێن و بەرپرسیارێتی ئەوان بووە تەقەڵیان بدەنەوە. زۆربەی مامانەکان لە دهۆك و سلێمانی ڕێنمایی دروستیان پێشکەش بە ئەو دایکانە نەکردووە کە کردەی دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە. هەروەها، جیاوازییەکی بەرچاو هەبووە لە نێوان ڕێنماییەکانی پەیوەست بە دەست شۆردن بە تەواوەتی لە پێش و لە پاش چوونە سەرئاو یان لە پێش و دوای گۆڕینی سانتی، هەروەها لەسەر قاعیدەی ئاودەستی گەرماو و، بەکارهێنانی کوشین لەکاتی دانیشتندا بۆ نەهێشتنی ئازار، بە هێواشی شۆردنی تەقەڵەکان بە ئاو و سابون لەکاتی سەرئاو و خۆشۆردندا، پاڵکەوتن بە لایەکدا لەکاتی پشوودان یان خەوتندا و، هەروەها بەکارهێنانی ئەو مەرهەم و دەرمانانەی کە پزیشک بۆی نوسیون. ئەم توێژینەوەیە بەو دەرەنجامە گەیشت کە مامانەکان لە کوردستان بە دروستی ڕێنماییان نەداوە بە ئەو دایکانەی کە کردەی دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە سەبارەت بە چاودێریکردنی خۆیان لە ماوەی پاش منداڵبوون. کاری مامانەکان جیاواز بوون لە هەر سێ شارە سەرەکییەکەی هەرێمی کوردستان. پێویست بە توێژینەوەی زیاتر دەکات

بۆ دەستنیشانکردنی بەربەستەکانی بەردەم ناتەواویی ڕێنماییەکانی چاودێری لە پاش کردەی دادڕینی بندامێن و هەروەها تایبەت بە کاریگەریی پرۆگرامی خوێندن لە نێو مامانەکان. پێویستە دووبارە پێداچوونەوە بۆ سیاسەتی نەخۆشخانەکان و پێناسەی کاری مامانەکانی بکرێن (احمد، ٢٠١٤).

توێژینەوەیەکی چاودێرییانە ئەنجام درا بە مەبەستی چاودێریکردنی چالاکییەکانی ١٥ مامان لە کاتی چوار قۆناغەکەدا، ئەمەیش بە مەبەستی دیاریکردنی کوالێتیی چالاکییەکانی پەرستار و مامانەکان لە قاوشی منداڵبووندا سەبارەت بە ئەو چاودێرییانەی لە قۆناغە چالاکەکانی یەکەم و دووەم و، سێیەم و، سەرەتای قۆناغی چوارەمی ژانگرتن ئەنجامی دەدەن لە نەخۆشخانەی فێرکاریی منداڵبوون لە شاری هەولێر. دەرەنجامەکانی پەیوەست بە دادڕینی بندامین ئەوەیان نیشان دا کە زۆربەی پەرستارەکان/مامانەکان تەکنیکەکانی پاکژکردن یان تەعقیمکردنیان بەکار نەدەهێنا (نوری و ئەحمەد، ٢٠١٨).

مامانەکانی هەر سێ نەخۆشخانەکە باسیان لە کێشەکانی دوای کردەی دادڕینی بندامێن کردووە: گەیشتنی هەڵدڕینەکە بە ماسولکەی ڕاستەڕیخۆڵە (مستقیم) یان بە خودی ڕاستەڕیخۆڵە، خوێنبەربوون، هەوکردن و/یان ئاوسانی ناوچەی دادڕینەکە، خەوشداربوونی شوێنی بەیەك گەیشتنی برینەکە، ئازاری ناوچەیی. جیاوازییەکی بەرچاو هەبووە لە ئاستی زانینی مامانەکانی لە هەر سێ شارەکە سەبارەت بە کێشە و گرفتەکانی کردەی دادڕینی بندامێن. ئەو ڕێبازانەی لەلایەن مامانەکانەوە بەکار هێنراون بۆ ڕێگیریکردن لە دادڕینی بندامێن بریتی بوون لە: دۆخی دروست پاڵخستن و، بە باشی یارمەتیدانی دۆخی زێ لە کاتی منداڵبووندا و، بەکارهێنانی ڕۆنی گەرچك و، ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن تەنها لەو حاڵەتانەی دەستنیشان دەکرێن، ڕێنماییدان بە دایکەکە بۆ ئەوەی بە بێ پەستاندن پاڵ نەدات و، تەرخانکردنی کاتی پێویست بۆ منداڵبوونەکە و، بەکارهێنانی جێڵی چەورکردن.

بە ئەندازەی پێویست جیاوازی هەبووە لە نیوان هەر سێ شارەکە لەبارەی ڕێبازەکانی ڕێگریکردن لە دادڕینی بندامێن. مامانەکانی کوردستان باسی تەکنیکە یارمەتیدەرەکانیان نەکرد وەك، تەکنیکی ڕیتجین، مەساجی بندامێن، پەستاندنی گەرم و 'بەکارهێنانی دەست' (hands on) یان 'دەستی ئامادە' (hands poised) وەك ڕێبازی ڕێگریکردن لە دادڕینی بندامێن. ئەم توێژینەوەیە پێشنیاری باشترکردنی ئاستی زانینی مامانەکان دەکات، سەبارەت

بە کێشە و گرفتەکانی کردەی دادڕینی بندامێن و ڕێگریکردنی لەو ڕێبازانەی کە دەبنە هۆی کەمکردنەوەی ڕێژەی کردەی دادڕینی بندامێن لە نەخۆشخانەکانی لەدایکبوون. خولەکانی ڕاهێنان، پەرەپێدانی ڕێنماییەکان و دانانی سیاسەتی ڕوون و یەکدەست سەبارەت بە بەکارهێنانی کردەی دادڕینی بندامێن پێویستن بۆ ئەوەی ڕێژەی ئەم کردەیە کەم بکرێتەوە (احمد، ٢٠١٥).

بەربڵاوی هۆکارەکانی مەترسیی دادڕینی بندامێن و دڕانی بندامێن

توێژینەوەیەکی فراوانی پانەبڕگەیی ڕابردوویی (Retrospective cross-sectional) ئەنجامدراوە لە نەخۆشخانەی فێرکاریی منداڵبوون لە شاری هەولێر ئەوەی خستە ڕوو کە لە کۆی ١٥٠٠ نافرەت، زیاتر لە دوو لەسەر سێی نافرەتەکان (١١٠٩) کردەی دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە لەکاتی منداڵبووندا. ڕێژەی ئەو نافرەتانەی تووشی دڕانەکانی زێ و دادڕینی بندامێن بوونە بریتیی بووە لە ٢٦.١٪. پەیوەندییەکی گرنگ هەبووە لە نێوان تەمەن و دۆخی بندامێن (perineum). ئەو نافرەتانەی تەمەنیان لە بیست ساڵ زیاترە و دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە (٥٧.٢٪) تووشی دڕانی زێ نەبوون. نزیکەی یەك لەسەر سێی ئەو نافرەتانەی هەمان تەمەنیان هەیە (٢٩.٤٪) تووشی دڕانی زێ بوون سەرەڕای کردەی دادڕینی بندامێن. ئەم ڕێژەیە زۆر زیاتر بوو بە بەراورد بە ئەو نافرەتانەی تەمەنیان لە نێوان ٤٠ تا ٤٩ ساڵە، کە تووشی کردەی دادڕینی بندامێن و دڕانی زێ بوون ($p< 0.001$). ڕێژەیەکی بەرچاوی نافرەتانی نۆبەرە (٢٨.٩٪) کە دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە، لە هەمان کاتدا تووشی دڕانی زێش بوونەتەوە. ئەم ڕێژەیە بریتی بووە لە ١٧.٨٪ لە نێو ئەو نافرەتە گەورانەی چەند سکێکیان بووە ($p < 0.001$). ڕێژەی ئەو نافرەتانەی کە منداڵی گەورەیان بووە و تووشی دڕان بوون سەرباری دادڕینی بندامێن بریتی بووە لە (٣٢.٤٪) و لە نێو ئەو نافرەتانەی منداڵی بچوکیان بووە، ڕێژەکە بریتی بووە لە (٢٢.٧٪) ($p = 0.013$). لە هەموو نافرەتەکاندا، ڕێژەی دڕانی زێ بریتی بووە لە ٣٣.٣٪ بێ گوێدانە ئەوەی داخۆ دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە یان نا. لەو نافرەتانەی کە دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە، ڕووداوی دڕان بە ڕێژەیەکی بەرچاو بەرز بووە (٣٥.٣٪)، بە بەراورد بە ئەو نافرەتانەی (٢٧.٦٪) کە کردەکەیان بۆ ئەنجام نەدراوە (p

0.006 =). شیکردنەوەی گەرانەوەیی لۆجیستیی دووانەیی ئەوەی دەرخست کە کردەی دادڕینی بندامێن دەکرێت ببێتە هۆی زیادکردنی مەترسیی دڕان بە ڕێژەی زیاتر لە ٣٠٪ یان (1.798 - 1.045 95%nCl ;1.37 =). هیچ پەیوەندییەکی بەرچاو نەدۆزرایەوە لە نێوان پەرسەندنی دڕان لەگەڵ تەمەن، جارەکانی منداڵبون و، کێشی مندالەکە. توێژینەوەکە بەوە گەیشت کە تەمەنی دایك و جارەکانی منداڵبوون و کێشی منداڵەکە پەیوەندییان هەیە بە هۆکارەکانی مەترسی بۆ ئەو ژامارییانەی بندامێن کە دەبنە هۆی دڕانی زێ یان کردەی دادڕینی بندامێن. بەربڵاویی کردەی دادڕینی بندامێن لەم توێژینەوەیەدا بە ئەندازەیەکی بەرچاو زیاترە لەوەی کە ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی (WHO) پێشنیاری دەکات. دەرەنجامەکانی ئەم توێژینەوەیە پێشنیاری ئەوە دەکات کە لێکۆڵینەوەی زیاتر پێویستن بۆ زانیاریدان و دانان و جێبەجێکردنی ئەو سیاسەتانەی پەیوەستن بە بەکارهێنانی سنورداری کردەی دادڕینی بندامێن (Ahmed et al., 2019).

لە توێژینەوەیەکی پانەبڕگەیی (cross-sectional) دیکە کە لە هەمان نەخۆشخانە ئەنجام دراوە، زۆرینەی ئافرەتەکان لە تەمەنیان لە نێوان ٢٠ و ٣٥ ساڵان بوون و، نزیکەی نیوەیان (٤٨.٦٪) زیاتر لە سکێکیان بووە، ٦٢.١٪ یان پێشتر دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە و ٨.٤٪ یان و تووشی دڕانی بندامێن بوون. ڕێژەی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن بریتییە لە ٤٤.٢٪ و ڕێژەی بریندارپوونی بندامێن بریتییە لە ١٨.٤٪. زۆربەی نیشانە بەڵگەکانی ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن بریتی بووە لە توندی و جیڕبوونی بندامێن (٦٥.٦٪). نیشاندەرەکانی دیکە بریتی بوون لە ماندووبوون و شەکەتبوونی دایکەکە، ڕێکاری ڕۆتینی بۆ حاڵەتەکانی منداڵبوونی سروشتی لە ڕێگەی زێوە، کۆرپەڵەی گەورە و، مێژووی پێشینە لە بریندارپوونی بندامێن، منداڵبوونی بریچ (دەرچوونی کۆرپەڵەکە بە قووندا) و، دەرکەوتنی دەموچاو (Face presentation). ئەم توێژینەوەیە پەیوەندییەکی گرنگ دەردەخات لە نێوان ڕێژەی کردەی دادڕینی بندامێن و تەمەن و، ئاستی خوێندەواری/هۆشیاری و، پیشەی ئافرەتانی بەشدار. ئەم توێژینەوەیە پەیوەندییەکی گرنگ نیشان دەدات لە نێوان ڕێژەی ئێستای دادڕینی بندامێن و ڕێژەی ئێستای بریندارپوونی ودڕانی بندامێن. دەرەنجامەکان ئەوە دەردەخەن کە (٨.٦٪)ی ئافرەتە دووگیانەکان دادڕینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە و تووشی

درانی بندامێن بوون بە بەراورد بە (٢٦.٢٪)یان کە دادرینی بندامێنیان بۆ ئەنجام نەدراوە (Ali and Zangana, 2016).

توێژینەوەیەکی پانەبڕگەیی (cross-sectional) لە نەخۆشخانەی لەدایکبوون لە شاری دهۆك ئەنجام درا؛ توێژینەوەکە کۆی ١٢،٣٠٥ حاڵەتی منداڵبوونی سروشتی لەخۆ گرتبوو. مەودای تەمەنی نیوەی نمونەکانی ئەم توێژینەوەی لە نێوان ٢٣ و ٣٠ساڵان بووە، لە کاتێکدا ٣٣٪ یشیان ١٥ بۆ ٢٢ ساڵ بوون. ژمارەی حاڵەتەکانی نۆبەرە (یەکەم منداڵبوون) بریتی بووە لە ٣٦٨٥ (٣٠٪) و حاڵەتەکانی منداڵبوونی چەندبارەیش بریتی بوون لە ٨٦٢٠ (٧٠٪). ریژەی دادرینی بندامێن بریتی بووە لە ٦٣٪ و درانی بندامێن ٣٥.٨٪ و هەردووکیشیان پێکەوە ١.٢٪ بووە. هەروەها دەرەنجامەکان ئەوە دەردەخەن کە ٨٩.٨٪ی ئەو کۆرپانەی کە بە سروشتی لەدایك بوون کێشیان لە نێوان ٢٥٠٠-٤٠٠٠ گرام بووە. زۆری و بەربڵاو کردەی دادرینی بندامێن زیاتر لە نێو ئەو دایکانە بووە کە سکی یەکەمیان بووە بە ریژەی (٧١.٨٪). لێکۆڵەوەران بە ئەو ئەنجام گەیشتوون کە کارمەندانی چاودێری تەندروستی پێویستییان بە بەردەوامیدان بە خوێندن و خولی راهێنان هەیە لەپێناو سنوردارکردن و کەمکردنەوەی ریژەی دادرینی بندامێن (Fatah & Abdulmalek, 2019).

ئەزموون و هۆشیاریی ئافرەتانی کورد لە ژانگرتن و منداڵبوون سەبارەت بە دادرینی بندامێن

توێژینەوەیەك بە مێتۆدی تێکەڵی زینجرەیی روونکردنەوەیی (Explanatory sequential mixed method) لەسەر ٢٥٦ ئافرەت ئەنجام درا کە لە یەکێک لە نەخۆشخانە حکومییە گەورەکان لە هەرێمی کوردستان منداڵیان بووە. ئەم توێژینەوەیە هەڵسەنگاندنێکە بۆ ئەزموونی ژانگرتن و منداڵبوون لای ئافرەتانی کورد. ئەم توێژینەوەیە دەریدەخات کە ریژەی دادرینی بندامێن هێشتا زۆرە، نزیکەی ٤٤٪ دادرینی بندامێنیان بۆ ئەنجام دراوە. داتاکان وەها دەردەخەن کە ئافرەتان باوەریان وەهایە کە هەر کار و رۆتینێك کە لە ماوەی ژانگرتندا بۆیان ئەنجام دراوە بەشێکی ئاسایی بووە لە پرۆسەی

منداڵبوونەکەیان. ئەم کارە رۆتینیانەش بریتین لە پشکنینی زێ یان بەشێك لە دەستتێوەردانی پزیشکییەکان و نەشتەرگەریانە وەك دادرینی بندامێن. ئەو هۆکارانەی کە ئەزموونی منداڵبوونی ئافرەتان بە نەرێنی دەکەن ئەو دەستتێوەردانی نەشتەرگەریانە دەگرێتەوە وەك دادرینی بندامێن و تەقەڵدان. هەروەها، ئافرەتان هەندێ پەرۆشیان باس کرد لەبارەی دواکەوتنی تەقەڵدانی برینی دادرینی بندامێن، ئاماژەیان بەوە داوە کە ئەم دواکەوتنە بووەتە هۆی زیاتربوونی نارەحەتیان و ئەوەیشیان ووتووە کە هەستیان بە ئازاری زیاتر کردووە لە حاڵەتی ئەوەی کە برینی دادرینی بندامێن بۆ ماوەیەکی درێژ بێ تەقەڵدانەوە هێڵدرابێتەوە (محمود، ٢٠١٦).

پێویستی بە دادرینی بندامێن لە نۆبەرەییدا

توێژینەوەیەکی داهاتوویی (prospective) لە نەخۆشخانەی فێرکاریی منداڵبوون لە شاری سلێمانی ئەنجام درا بە مەبەستی هەڵسەنگاندنی ئاکامی ١٥٢ ئافرەت بە سکی نۆبەرەی ماوە تەواو لە قاوشی ژانگرتووانی نەخۆشخانەی فێرکاریی منداڵبوون لە سلێمانی بوون. گشت حاڵەتەکان لە ماوەی ژانگرتنیاندا لە هۆڵی مندالبوون کۆکرانەوە لە پاش وەرگرتنی تەواوی پاشخان و پشکنینی پزیشکیی، هەڵسەنگاندنی دۆخی حەوز (سێبەند)، هەروەها لە پاش هەڵسەنگاندنی قەبارەی کۆرپەڵەکە و، دوای پرسین لە نەخۆشەکە داخۆ قەبوڵی دەکات دادرینی بندامێنیان بۆ ئەنجام بدرێت. لە پاش منداڵبوونەکە داوا لە ئافرەتەکان کراوە فۆرمێکی راپرسی پڕ بکەنەوە. چاودێری و بەدواداچون لە دوای ٢٤ کاتژمێر، لە دوای ١ هەفتە و، دوای شەش مانگ ئەنجام دراون بۆ ئافرەتەکە بە مەبەستی دەستنیشانکردنی هەر کێشەیەکی دوای منداڵ بوونەکە وەك خوێنڕێژیی دوای منداڵبوون، خوێن مەیین لە بندامێن، ئازار لە بندامێن، کێشەی مێزکردن، دانانەوە لە زێوە، مێز یان پیسایی رانەگرتن.

لە دوای ٦ هەفتە پرسیار لە ئافرەتەکان کراوە داخۆ هیچ ئازارێکیان هەبووە لە کاتی سەرجێیکردن (dyspareunia). ئەنجامەکان بە ئەم شێوەیە بوون: ٥٣ حاڵەت (٣٤.٩٪) بندامێنیان تێك نەچووە (گرووپی ١)، ٦٥ حاڵەت (٤٢.٨٪) بە پلەی یەکەمی درانی بندامێنیان هەبووە (گرووپی ٢) و، ٣٤ حاڵەت (٢٢.٤٪) بە پلەی دووەمی درانی بندامێن بوون (گرووپی

٣). هيچ حاڵەتێکی پلەی سێیەم و چوارەمی دڕانی بنداميَن نەبووە. تێکڕای تەمەنی ئافرەتەکان بریتی بوو لە ٢١.٦ ساڵ، ٢٢.٨ ساڵ و ٢٢.٢ ساڵ بە ریز بۆ هەر سێ گروپەکە. شەست و نۆ حاڵەت (٤٥.٣٩٪)ی ئافرەتەکان پێویستییان بە دووریینەوە/تەقەڵدانەوە نەبووە (٥٣ لەوانە بنداميَنیان تێکنەچووە و ١٦ حاڵەتیان تەنها هەندێ دڕانی پەردەیی رووکەشیان هەبووە). چل و دوو حاڵەت (٢٧.٦٪) تووشی دڕانی دیوی ناوەوە و دیوارەی لاتەنیشتی زێ بوون (٣١ حاڵەت لە دڕانی پلەی یەك و ١١ حاڵەتیش لە پلە دوو). کێشی تێکڕایی کۆرپەڵەکان بریتی بووە لە نێوان ٣.٠٨ کیلۆگرام و ٠.٣٦ کیلۆگرام. پەیوەندیی نێوان کێشی کۆرپەڵەکان و ئەگەری روودان و پلەی دڕانەکان لە رووی ژمارەوە جێی بایەخ بوون. گشت حاڵەتەکانی هەر سێ گروپەکە پێویستیان بە تەقەڵدانەوە بووە. ئەو ئافرەتانە لە کاتی دانیشتندا لە دوای ٢٤ کاتژمێر تووشی ئازاری بنداميَن و ناڕەحەتی بوون. لە بەدواداچوونی دوای ٦ هەفتە، تەنها ٢ حاڵەت هەبوون کە تووشی کێشەی ڕانەگرتنی میز و پیسایی یان ئازاری سەرجێی (dyspareunia) بوون. دەرەنجامەکانی ئەم توێژینەوەیە دەریدەخات کە دادڕینی بنداميَن هەموو کات ڕێبازێك نەبووە ڕێگری بکات لە زامداریی بنداميَن (Saeid et al., 2014).

بەشی چوارەم

کرداری پشتبەستوو بە بەڵگە و ڕێنمایی پێوەری سەبارەت بە دادڕینی بندامێن

د. کەژان ابراهیم محمود

دۆخی ئێستای بەڵگەکان

دادڕینی بندامێن (Episiotomy) زۆر لە مێژە بووەتە بابەتی باسی نێوان توێژەرەوان و پزیشکان و داکۆکیکاران. شێوازی رۆتینیی بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن بۆ رێگریکردن لە دڕانی ناسایی زێ پێشتر بە رێنماییە پزیشکییەکان پێشنیار دەکرا (ئێستا بەسەر چوون). لە دوو دەیەی رابردوودا، دەستەیەکی هەڵکشاو لە زانیاریە چاپکراواکان و هەوڵە داکۆکیکارەکان بووە هۆی هێنانەدیی کۆدەنگییەك لەسەر ئەوەی کە نابێت دادڕینی بندامێن وەك کردارێکی پێوەری ئەنجام بدرێت. لەگەڵ ئەوەشدا، لە زۆر جێگای جیهاندا، زۆرینەی نافرەتان لە کاتی منداڵبوونیاندا کرداری دادڕینی بنداممێنیان بۆ ئەنجام دەدرێت.

لە رابردوودا، یەکێك لە هەرە باوترین نەشتەرگەرییەکان لە زانستی منداڵبووندا بریتی بوو لە دادڕینی بنداممێن (Lappen & Gossett, 2010). بە پێی بەڵگەی زیادبوونی ئاڵۆزییەکانی بەکارهێنانی دادڕینی بنداممێن، وای لێهات بەکارهێنانە رۆتینییەکەی پەراوێز بخرێت و چیدیکە بەکار نەهێنرێت. پێشنیاری رێکخراوی تەندروستی جیهانی (WHO) بۆ رێژەی ئەنجامدانی دادڕینی بنداممێن لە ١٠٪، لە ساڵی ١٩٩٦، هەوڵەکانی چڕ کردەوە بۆ دابەزاندنی رێژەی زۆری دادڕینی بنداممێن. لە وڵاتە یەکگرتووەکانی ئەمریکا، تێکڕای رێژەکە لە ١٧.٣٪ دابەزی بۆ ١١.٣٪ لە ماوەی ساڵەکانی ٢٠٠٦ بۆ ٢٠١٣ (Berkowitz, 2017; ICEA, 2017; Friedman et al., 2015).

بە گوێرەی (Beech ، 2004)، بەربڵاوی بەکارهێنانی دادڕینی بنداممێن لە بەریتانیا و ئەمریکا بە هۆی بەرزبوونەوەی رێژەی بەڕێوەبردنی چالاکانەی منداڵبوون (Active management) بووە. زۆر دەستپێشخەریی دیکە بوونە پێویستی لەگەڵ ئەوەی کە ژانگرتن و منداڵبوون لەوەی کە وەك پرۆسەیەکی فیسیۆلۆجی تەماشا بکرێت بووە پرۆسەیەکی نەخۆشی یان پاتۆلۆجی. ئەم هۆکارانەی خوارەوە بەشدارن لە دەستبردن بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بنداممێن:

1. کەمکردنەوەی کۆست لەسەر سەری کۆرپەڵەکە،
2. بە ئاسانی چاك دەکرێتەوە و برینەکەی باشتر سارێژ دەبێتەوە،
3. پاراستنی ئەو ماسولکە و چینانەی (fascial) کە پاڵپشتیی بنەوەی حەوز دەکەن.

4. ڕێگریکردن لە دڕانی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم.
5. ڕێگریکردن لە منداڵبوونی زەحمەت بە ناراستەی شانەکان (عاسیبوونی شانەکان) (ICEA, 2017)

بێرکۆیتز و ئەوانی دیکە (2017) رایانگەیاند کە توێژینەوەی بەردەوام دەریخستووە کە بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن (episiotomy) هیچ سوودێکی نابێت بۆ ئەو هۆکارانەی سەرەوە. لەگەڵ ئەوەشدا، دادڕینی بندامێن ئافرەتان دەخاتە بەدەم ئەم ئاکامە نەخوازراوانەی خوارەوە:

1. درێژبوونەوەی درزی برینەکە تا گەیشتنی بە دڕانی پلە سێ و چوار، بە زۆریش لە حاڵەتی دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاستەوە (median episiotomy).
2. مەترسیی دروستبوونی ئاکامی تونێکاریی نەخوازراو (بۆ نمونە، تەسکبوونەوەی دەمی زێ، گرێی پێست، دروستبوونی ناسور/کون و، دروستبوونی ناڕێکی/ناهاوتایی).
3. بەرزبوونەوەی ڕێژەی هەوکردنی برین و کرانەوەی برین.
4. زیادکردنی لەدەستدانی خوێن.
5. زیادبوونی مەترسیی ڕوودانی دڕانی سەخت لە بندامێن بۆ منداڵبوونی داهاتوو (ICEA, 2017).

پێداچوونەوەیەکی تازەی ڕێکخراوی کۆکرەین (Cochrane) پشتیوانیی ئەو دەرەنجامانە دەکات کە بەکارهێنانی ڕۆتینیی دادڕینی بندامێن (episiotomy) هیچ سوودێکی نییە و بگرە ئەگەری ئاکامی پێچەوانەیشی هەیە بەپێی ڕاپۆرتێکیان کە لە ساڵی ٢٠١٧ دەرچووە (Jiang et al., 2017). ئەم پێداچوونەوەیە بە ١١ تاقیکردنەوە (٥٩٧٧ ئافرەت) چەند حاڵەتێکی هەڵبژاردەیی لەگەڵ ڕۆتینیی دادڕینی بندامێن بەراورد کردووە بۆ ئەو ئافرەتانەی لە بەر مەترسییەکی نزمی منداڵبوونن بە بەکارهێنانی ئامراز (instrumental delivery) لە ١٠ وڵاتی جیاوازدا. نوسەرەکان بەو ئەنجامە گەیشتوون کە: "بە گشتی، ئەنجامە دۆزراوەکان ئەوە دەردەخەن کە دادڕینی بندامێن بە شێوەی هەڵبژاردەیی بۆ ئافرەتان (لە کاتێکدا کە منداڵبوونی ئاسایی بە بێ ئامرازی گیرە پێشبینی دەکرێت) بە واتای ئەوە دێت کە

ژمارەیەکی کەمتری ئافرەتان تووشی زامداری/تراومای سەختی بندامێن دەبن. بەم شێوەیە هۆکاری سەرەکی بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن بە شێوەی ڕۆتینی بە مەبەستی ڕێگریکردن لە زامداری سەختی بندامێن پاساودار نابێت بە پێی بەڵگە هەنوکەییەکان و، ئێمەش نەمانتوانیوە سوودێکی دادڕینی بندامێن دەستنیشان بکەین نە بۆ منداڵەکە و نە بۆ دایکەکەش(Jiang et al., 2017) ".

داتاکان هیچ سوودێکی کورتخایەن یان درێژخایەنی دادڕینی ڕۆتینی نیشان نادەن لە خراپ کارکردنی بنەوەی حەوز (pelvic floor dysfunction) ، سەختیی دڕان لە بندامێن، یان لە لەجێچوون یان شۆڕبوونەوەی ئەندامانی حەوز بە بەراورد لەگەڵ بەکارهێنانی سنورداری دادڕینی بندامێن. هەروەها، دادڕینی بندامێن هاوتایە لەگەڵ مەترسییەکی زۆر لە کێشەی خۆڕانەگرتن لە کۆم بۆ ماوەی دوای منداڵبوون (ACOG, 2016).

ڕۆدریگز و هاوەڵەکانی (2008) تاقیکردنەوەیەکی هەڕەمەکیی کۆنترۆڵکراوی نەخۆشخانەییان لەسەر ٤٤٦ ئافرەت ئەنجام دا کە یەکەم منداڵبوونیانە و لە دوای ٢٨ هەفتەی دووگیانی منداڵیان بووە. نەخۆشەکان بە هەڕەمەکی دانراون بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن بە شێوەی ڕۆتینی یان بە شێوەی هەڵبژاردەیی. لە گرووپی دادڕینی بندامێن بە شێوەی هەڵبژاردەی (selective episiotomy)، کرداری دادڕینەکان تەنها لە نەو حاڵەتانەدا ئەنجام دراون کە نزیك بوون لە دڕان، لە حاڵەتی منداڵبوون بە ئامرازی گیرە، یان لە حاڵەتی شپرزەیی کۆرپەلە (fetal distress). سیاسەتی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە هێڵی ناوەڕاست بە شێوەی هەڵبژاردەیی بۆ ئافرەتانی نوبەرە دەبێتە هۆی کەمبوونەوەی مەترسییەکانی دڕانی بندامێن (perineal lacerations) (بە پلە سێ) (Rodriguez et al., 2008).

پێداچوونەوەیەکی سیستماتیکی لە ساڵی ٢٠٠٥ (Carroli and Belizan, 2005) بەو ئەنجامە گەیشت کە ئازار، سەختیی دڕانی بندامێن و بەکارهێنانی دەرمانی ئازارشکێن باشتر نەبوون لەگەڵ بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن بە شێوەی ڕۆتینی. هەروەها، هیچ سوودێکی جێگیر لە ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن بە شێوەی ڕۆتینی نەبووە بۆ ڕێگریکردن لە ڕانەگرتنی میز یان پیسایی، یان بۆ شۆڕبوونەوەی بنەوەی حەوز. پێداچوونەوەیەکی

ڕێکخراوی کۆکرەین (Cochrane) لەلایەن هارتمان و ئەوانی دیکە لە ساڵی ٢٠٠٩ بە هەمان ئەو دەرئەنجامانە گەیشت و، هەروەها بە ئەوەیش کە بەکارهێنانی دادڕینی سنورداری بندامێن پەیوەندیدار بووە بە تەقەڵدانی کەمتر و کێشە و ئاڵۆزیی کەمتری سارێژبوونەوە بە بەراورد بە شێوەی ڕۆتینییەکە.

تاقیکردنەوەیەکی هەڕەمەکیی نەخۆشخانەیی لە بەرازیل ئەنجام درا لەلایەن ئامۆریم (Amorim) و کەسانی دیکە لە ساڵی ٢٠١٧، بە مەبەستی بەراوردکردنی ئاکامەکانی دایکایەتی (maternal) و ئاکامەکانی نزیك ماوەی منداڵبوون (perinatal) لەو ئافرەتانەی خراونەتە بەر پرۆتۆکۆلی ئەنجامنەدانی دادڕینی بندامێن بەرانبەر بە ئەوانەی خراونەتە بەر کردەی دادڕینی بندامێن بە شێوەی هەڵبژاردەیی. توێژینەوەکە لەسەر ١١٥ ئافرەت (کە دانراون بۆ پرۆتۆکۆلی ئەنجامنەدانی دادڕینی بندامێن) و ١١٢ ئافرەتی دیکە (کە دانراون بۆ دادڕینی بندامێن بە شێوەی هەڵبژاردەیی) ئەنجام دراوە. هیچ جیاوازییەك نەبووە لە نێوان هەردوو گروپەکەدا سەبارەت بە ئاکامەکانی پەیوەست بە دایکایەتی و ماوەی منداڵبوون. ڕێژەی دادڕینی بندامێن یەکسان بووە (بە دوو حاڵەت لە هەر گروپێکدا، بە نزیکەی ١.٧٪)، ئەوانیش لە ماوەی قۆناغی دووەمی ژانگرتندا بوون، لە حاڵەتی دووبارەبوونەوەی دڕانی بندامێن (perineal tears)، زامداری/بڕینی سەختی بندامێن (perineal trauma)، پێویستکردن بە تەقەڵدانی بندامێن و، لەدەستدانی خوێن لە کاتی منداڵبووندا. ئامۆریم (Amorim) و هاوڵەکانی بەو دەرئەنجامە گەیشتن کە پرۆتۆکۆلی ئەنجامنەدانی دادڕینی بندامێن دەرکەوت سەلامەتە بۆ دایکەکە و منداڵەکە و، تەئکیدیان کردەوە لە پێویستی لێکۆڵینەوە لەسەر ئەوەی داخۆ لە ڕاستیدا هیچ نیشاندەرێك هەیە بۆ ئەم کردارە.

لەگەڵ ئەوەشدا، لە هەندێ حاڵەتی تایبەتدا، ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن دەکرێت ببێتە هۆی ڕزگارکردنی ئافرەتان. بۆ نمونە، توێژینەوەیەکی پشتبەستوو بە کۆمەڵێك داتای کۆکراوە لە چەندین نەخۆشخانە لە باشوری بیابانی گەورەی ئەفریقیا بە ئەو دەرئەنجامە گەیشت کە دادڕینی بندامێن ڕزگارکەر بووە لە بەرانبەر بە خوێنڕێژیی دوای منداڵبوون و لە دڕانی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم لە نێو ئەو ئافرەتانەی دووچاری جۆری سێیەمی شێوانی

کۆئەندامی زاوزێی مێینە بوون (female genital mutilation) (Rodriguez et al.,
2016).

بەڵگە و ئامۆژگارییە هەنوکەییەکان

بە گشتی، دادڕینی بندامێن لە ئێستادا لەسەر بنەمای تاکەکەسی ئەنجام دەدرێت. کاتێك کە دۆخی تەندروستی ئافرەتەکە بخاتە بەردەم مەترسییەکی زۆری پلەی سێیەم و چوارەمی دڕان، ئەوکات دادڕینی بندامێن لەبەرچاو دەگیرێت. هەروەها، کاتێك کە رادەی لێدانی دڵی کۆرپەکە کێشەی هەبێت، باوەڕ وەهایە کە پەلەکردن لە پرۆسەی منداڵبوونەکە لە رێگەی زێوە باشتر دەبێت بۆ کۆرپەکە (بۆ نمونە، بە ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن) (ICEA, 2017).
کاتێك کە دادڕینی بندامێن پێویست دەبێت، زۆر گرنگە کە تەئکید بکەیتەوە لەوەی کە ئافرەتەکان بەشداری پێبکرێن لە پرۆسەی بڕیاردانەکە. ئەنجامدانی هەر کردارێکی دادڕینی بندامێن (یان هەر کردارێکی دیکە) بە بێ رەزامەندیی هۆشمەندانەی ئافرەتەکە پێشێلکردنی مافی ئەوە سەبارەت بە بابەتی چاودێریی دایکایەتی (WHO, 2015). چارەکردنی بەکارهێنانی کرداری دادڕینی بندامێن پشتبەستوو بە بەڵگە گرنگە بۆ باشترکردنی تەندروستی دایکایەتی و ئەزموونەکانی منداڵبوونی ئافرەتان لە سەرانسەری جیهاندا.
کاتێك کە کردارێکی دادڕینی بندامێن پێویست دەبێت، زۆر گرنگە کردارەکە بە جۆرێك ئەنجام بدرێت کە کاریگەرییەکانی لەسەر دایکەکە و منداڵەکە ئەوپەڕی کەم بکرێتەوە. دەرەنجامی ئەو زانیاریە چاپکراوەکان ئەوەیە کە بە نەبوونی داتا و زانیاریی تەواو بۆ دانانی پێوەری پشتبەستوو بە بەڵگە بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن، بۆچوونی پزیشکی (clinical judgment) دەبنە باشترین رێنیشاندەر بۆ بڕیاردان لەوەی داخۆ بەکارهێنانی ئەو کردارە مسۆگەر یان زامنکراوە. (ICEA, 2017; ACOG, 2016)
بە گوێرەی کۆلێژی ئەمریکی بۆ پزیشکانی ئافرەتانی دووگیان و نەخۆشی ئافرەتان (ACOG) لە ساڵی (٢٠١٦)، "بە پشتبەستن بە بەڵگەی بەردەست، هیچ دۆخێکی دیاریکراو نییە کە بە هۆیەوە دادڕینی بندامێن کردارێکی بنەڕەتی بێت و، بڕیاردان لە ئەنجامدانی هەر دادڕینێکی بندامێن دەبێت پشتبەستوو بێت بە سەرنجە پزیشکییەکان/کلینیکییەکان."

ڕاسپاردەکان

تازەترین ڕاسپاردەکانی ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی لەسەر سیاسەتی کرداری دادڕینی بندامێن ڕایدەگەیەنێت کە "بەکارهێنانی ڕوتینی بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن پێشنیار ناکرێن بۆ ئەو ئافرەتانەی دەیانەوێت بە سروشتی لە ڕێگەی زێوە منداڵیان ببێت. "(WHO, 2018a). ئەم پێشنیارە لەسەر بنەمای ئەو ڕاستییە دانراوە کە زۆربەی بەڵگەکان لەسەر کاریگەرییە بەراوردکارییەکانی تایبەت بە سیاسەتەکانی دادڕینی بندامێنن کە لە بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن لە شێوەی هەڵبژاردەیی/سنووردار بەرانبەر بە شێوەی ڕوتینی/باو وێنا دەکرێت. چەند کاریگەرییەکی سوودبەخشی دۆکیومێنتکراوی شێوەی هەڵبژاردەیی/سنورداری سیاسەتی دادڕینی بندامێن هەبووە بە بەراورد بە شێوەی ڕوتینی/باو. لەگەڵ ئەوەشدا، کەمی بەڵگە لەسەر کاریگەریی دادڕینی بندامێن بە گشتی و، پێویستی بە کەمکردنەوەی ڕێژەی بەرزی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن بە شێوەی ڕوتینی لە هەموو حاڵەتەکاندا، وای لە ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی کردووە پێشنیاری ئەوە بکات کە دادڕینی بندامێن بە شێوەی ڕوتینی بە "پێشنیارنەکراو" دابنێت و، لە بری ئەوەش پێشنیاری بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن بە شێوەی هەڵبژاردەیی/سنورداری دەکات.

ئەو پەیڕەوەی سەرەوە (WHO, 2018a) هەروەها دەڵێت زەحمەتە ڕێژەیەکی "پەسەندکراو" بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن دیاری بکرێت. ڕۆڵی دادڕینی بندامێن لە حاڵەتی تەنگاوی/ئیمێرجینسیی منداڵبووندا وەك ئەو حاڵەتانەی کۆرپەلەی شپرزە/عاسیبوو (fetal distress) کە پێویست بە لەدایکبوون بە ئامراز دەکات، وەك بژاردەیەك دەمێنێتەوە دادڕینەکە ئەنجام بدرێت. لەگەڵ ئەوەشدا، بەردەستبوونی بەنجێکی خۆجێیی کاریگەر و بە ڕەزامەندیی هۆشمەندانەی ئافرەتەکە دوو بنەمای پێویستن کاتێك کە دادڕینی بندامێن ئەنجام دەدرێت. دادڕینی/شەقکردنی لە ناوەندەوە بۆ لاتەنیشت بە تەکنیکێکی خوازراو دادەنرێت، چونکە دادڕین یان شەقکردن لەسەر هێڵی ناوەڕاست مەترسی زیاتری لێ دەبێتەوە بۆ حاڵەتی منداڵبوونی ئاڵۆز (complex obstetric) یان بۆ برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASI) (sphincter injury). سەبارەت بە تەکنیکی تەقەڵدان، تەکنیکی تەقەڵدانی بەردەوام بە پەسەندتر دەزانرێت لە تەکنیکی پچڕپچڕ (WHO, 2018a). ئەگەر

هەر گومانێك هەبێت سەبارەت بە دڕان لە پلەی سێ یان چوار، ئەوا وەها بە باش دەزانرێت کە بە پلە بەرزترەکە دابنرێت لەوەی کە بە پلە نزمەکە پۆلێن بکرێت (RCOG, 2015).

پێشنیار و ئامۆژگارییە هەرە تازەکانی ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی لەسەر خۆپارێزی ئانتیبیۆتیکیی ڕوتینی لە دادڕینی بندامێن ئەوەیە کە "خۆپارێزی ئانتیبیۆتیکیی ڕوتینی پێشنیار ناکرێت بۆ ئەو ئافرەتانەی کە دادڕینی بندامێنیان هەبووە." (WHO, 2018b). ئەم ڕاسپاردەیە تایبەتە بە بەکارهێنانی ئانتیبایۆتیك لە پێش یان ڕاستەوخۆ لە پاش چاککردنەوەی دادڕینی بندامێن لە دوای منداڵبوون لە ڕێگەی زێوە. ئانتیبایۆتیکەکان دەبێت تەنها لەو کاتانەدا بێت کە ئاماژەی پزیشکی/کلینیکی هەبن سەبارەت بە هەوکردنی برینی دادڕینەکە. دڕانی پلەی دووی بندامێن (perineal tear) بۆ خۆی هاوشێوەی کرداری دادڕینی بندامێنیە و پێویست بە بەکارهێنانی ئانتیبایۆتیکی خۆپارێزی ناکات.

پێشنیاری/ڕاسپاردەی ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی لەسەر خۆپارێزیی ئانتیبایۆتیکی ڕوتینی بۆ ئەو ئافرەتانەی دڕانی بندامێنیان هەیە بە پلەی سێ یان چوار ئەوە پێشنیار دەکات کە دەبێت ئانتیبایۆتیکی خۆپارێزی لەو حاڵەتاندا بدرێت کە برینی دادڕینی بندامێن (episiotomy) فراوان دەبێتەوە بۆ دڕانی بندامێن (perineal tear) بە پلەی سێ یان چوار (WHO, 2015).

هەروەها، پەیڕەوی کۆلێژی شاهانەی پزیشکانی ئافرەتانی دووگیان و نەخۆشی ئافرەتان (RCOG) سەبارەت بە چارەکردنی دڕانی بندامێن (perineal tear) لە پلەی سێ یان چوار (Green-top Guideline No. 29) پێشنیاری ئەوە دەکات کە دەبێت دادڕینی ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت لەبەرچاو بگیرێت بۆ حاڵەتەکانی منداڵبوون بە ئامراز (instrumental deliveries). لە حاڵەتێکدا کە کردەی دادڕینی بندامێن دادەنرێت، تەکنیکی ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت پێشنیار دەکرێت، ئەمەیش لەگەڵ تێبینیکردنی ووردی پلەکەی. گۆشەکەی دەبێت ٦٠ پلە بێت لە هێڵی ناوەڕاستەوە کاتێك کە ناوچەی بندامێن/خوارووی زێ (perineum) هەڵدەئاوسێت. هەروەها پێشنیاری ئەوە دەکات کە پەستاندنی گەرم لە ماوەی قۆناغی دووەمی ژانگرتن مەترسیی برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASI) کەم دەکاتەوە RCOG, 2015).)

پزیشك و پەرستارە کردارییە بێ ئەزموونەکان وورد و دروست نابن لە مەزەندەکردنی ئەو گۆشەیە لە کاتی دادڕینی بنداملیندا و، پێناچێت زۆر گرنگی بە گۆشەکە بدەن. لەبەر ئەوەش، دەبێت خولی ڕاهێنانی تایبەتیان پێ بدرێت بۆ پەرەپێدانی ووردی و دروستییان لە مەزەندەکردنی گۆشەکە. دادڕینی بندامێن لەسەر هێڵی ناوەڕاست بە هۆکاری مەترسی دادەنرێت بۆ ڕوودانی برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASIS) (Queensland Clinical Guidelines, 2017).

ئاماژەکانی پێویستی بە دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت

کۆلێژی شاهانەی ئوستراليا و نیوزلەندا بۆ پزیشکانی ئافرەتانی دووگیان و نەخۆشی ئافرەتان (RANZCOG) هانی بەکارهێنانی ڕۆتینی نادات بۆ ئەنجامدانی کردەکانی دادڕینی بندامێن. هەردوو پەیڕەوکانی (RANZCOG، 2017) و پەیڕەوە پزیشکییەکانی کوینزلاند (2017) پێشنیاری ئەم خاڵانەی خوارەوە دەکەن سەبارە بە کردەی دادڕینی بندامێن.

بۆ ئەم حاڵەتانەی خوارەوە، ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لەبەرچاو بگرە:

- ئەگەر گومانی شپرزەیی یان کێشە لە کۆرپەڵەکەدا بکرێت و پێویست بکات منداڵبوونەکە خێراتر بکرێت.
- ئەگەر پێویست بە منداڵبوون بە ئامراز بکات (ڕەنگە بیپارێت لە برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم (OASIS) لە حاڵەتی منداڵبوون بە ئامراز)
- ئەو ئافرەتانەی ئەزموونی شێوانی کۆئەندامی زاوزێی مێینەیان هەیە.
- ئەگەر ئەستەمی منداڵبوون هەبێت بە هۆی شانە نەرمەکان (soft tissue dystocia)
- ئەگەری هەبێت یان پێشبینی برینداربوونێکی سەخت بکرێت (بۆ نموونە، ئەگەر ئەگەری زۆر هەبێت بۆ دڕانی بندامێن لە پلەی سێ یان چوار).
- ئاماژە هەبێت لەسەر دۆخی پزیشکی دایکەکە بە تایبەت بە کورتبوونەوەی قۆناغی دووەم
- داواکاریی ئافرەتەکە.

بنەماکانی دادڕینی بندامین لە کاتی پێویستدا (Episiotomy technique principles)

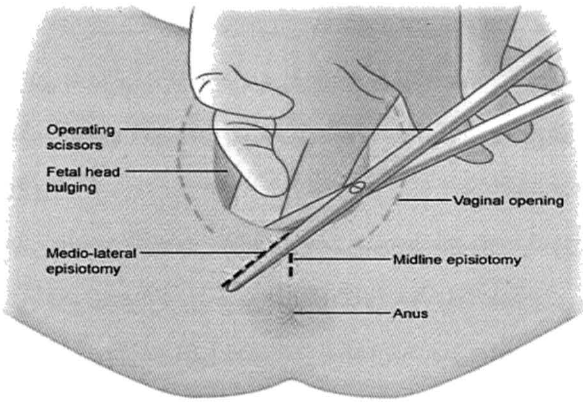
ئەگەر پێشنیاری دادڕینی بندامین کرا، ئەوا پێویستە ئەم بنەما تەکنیکییانە دادڕینی بندامین جێبەجێ بکرێن (Episiotomy technique principles)

- پەیڕەویکردن لە سیاسەتی بەکارهێنانی سنووردار/هەڵبژاردەیی بۆ ئەنجامدانی دادڕینی بندامین لە ناوەڕاستەوە بۆ لاتەنیشت.
- دادڕینی بندامین ئەنجام دەدرێت لە کاتی دەرکەوتنی تەپڵەی سەری کۆرپەلە (crowning of fetal head).
- پێویستە بە شێوەیەکی کاریگەر و تاقیکراوە سڕکەری ئازار دابین بکرێت لە پێش ئەنجامدانی دادڕینی بندامین، بێجگە لە حاڵەتەکانی ئیمێرجینسی بە هۆی شپرزەیی سەختی کۆرپەلە (acute fetal compromise)
- تەکنیکی دادڕینی بندامین بەشی خۆی مەترسیی برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆمی لەگەڵدایە.
- باش دەزانرێت کە گۆشەی بڕین بە شێوەیەکی بەرچاو گەورەترە لە گۆشەی تەقەڵدانی لە دواییدا، ئەمەیش بە هۆی کشان و ئاوسانی شانەکان.
- دەبێت مەقەسی تیژ بەکار بهێنرێن (Queensland Clinical Guidelines, 2018).
- مەقەسی دادڕینی بندامین (وەك مەقەسی چەماوەی پلە ٦٠ (Episcissors)) بە تایبەتی دروستکراوە بۆ بڕین بە گۆشەی ٦٠ پلە، دەکرێت کاریگەر بێت بۆ بەدەستهێنانی گۆشەیەکی دروست کە مەترسی برینداربوونی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم کەمبکاتەوە. لەگەڵ ئەوەشدا، پێشنیار دەکرێت توێژینەوە ئەنجام بدرێت بۆ چارەکردنی گومانەکانی تایبەت بە کارامەیی و سەلامەتی لە بەکارهێنانی مەقەسی چەماوەی پلە ٦٠ (NICE, 2020).

گۆشەی برین (Angle of incision)

هیچ کۆدەنگییەك نییە لەسەر گۆشەیەکی نمونەیی بۆ دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاستەوە بۆ لاتەنیشت.

- پێشنیار و راسپاردەکانی باشترینی ڕێکخراوە پیشەییەکان گۆشەکە لە هێڵی ناوەڕاستەوە بە پلەی نێوان ٤٥ بۆ ٦٠ پلە دادەنێن.
- برینی دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاست بۆ لاتەنیشت بە گۆشەی ٦٠ پلە لە هێڵی ناوەڕاستەوە لە کاتی دەرکەوتنی تەپڵە سەری کۆرپەڵەکە دەبێتە گۆشەی ٤٥ پلە لە دوای چاککردنەوەی (کەمتر نابێت لە گۆشەی ٤٥ پلە)، تەماشای شێوەی ژمارە ١ بکە.
- برینەکە لە فۆرشیتی زێ (لێواری خوارەوەی دەمی زێ) دەست پێدەکات و بە گشتی بەرەو لای راست ناراستە دەکرێت (Queensland Clinical Guidelines, 2018; Barjon and Mahdy, 2019).



شێوەی ١. شێوازی ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن لە ناوەڕاستەوە بۆ لای راست. وەرگیراوە لە (*RCOG (2020)*)

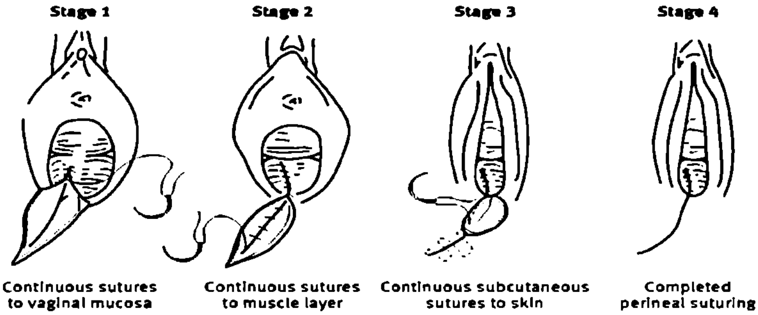
تەقەڵی تواوەی بەردەوام بەرانبەر بە تەقەڵی پچڕپچڕ بۆ چاککردنەوەی دادڕینی بندامێن

وەك پێشتر باس کرا، ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی (WHO 2018a) رایدەگەیەنێت کە تەکنیکی تەقەڵی بەردەوام بە پەسەندتر دەزانرێت تا تەقەڵی پچڕپچڕ. پێداچوونەوەیەکی ڕێکخراوی کۆکرەین (Cochrane) کە لەلایەن کێتڵ (Kettle) و کەسانی دیکە لەساڵی (2012) ئەنجام دراوە هەڵسەنگاندنی کرد بۆ کاریگەرییەکانی نێوان تەقەڵی تواوەی بەردوام و تەقەڵی تواوەی پچڕپچڕ کە بەکار دەهێنرێت بۆ چاککردنەوەی دادڕینی بندامێن (episiotomy) و دڕانی بندامێن (perineal tears) بە پلەی دووەم لە دوای منداڵبوون. شانزە تاقیکردنەوەی هەڕەمەکی ئەنجام درا کە (٨،١٨٤) ئافرەتی لەخۆ گرتبوو. شیکاریی هەموویان ئەوەی دەرخست کە تەکنیکەکانی تەقەڵدانی بەردەوام بە بەراورد بە تەقەڵدانی پچڕپچڕ بۆ داخستنی بندامێن (گشت چینەکان یان تەنها پێستی بندامێن) پەیوەستن بە ئازاری کورتخایەنی کەمتر و، کەمکردنەوەی گشتیی بەکارهێنانی سڕکردن و کەمکردنەوەی دەرهێنانی تەقەڵەکان. هەروەها، هەندێ بەڵگە هەن لەسەر کەمیی بەکارهێنانی ماددەی تەقەڵدان کە لە تەکنیکی بەردەوامدا بەکار دەهێنرێن بە بەراورد بە تەکنیکە پچڕپچڕەکان.

تەکنیکی تەقەڵدانی گرێنەدراوی بەردەوام (Continuous non-locking technique)

ئەمە تەکنیکێکی سێ قۆناغییە (تەماشای شێوەی ژ. ٢ بکە): "چاککردنەوەکە بە تەقەڵێکی لەنگەری (تەقەڵێکی سەرەتا) لە سەرەوەی دڕانەکەی زێ دەست پێدەکات و شانە قووڵەکان و پەردەی (*mucosa*) دادەخرێنەوە بە یەك تەقەڵی گرێنەدراوی بەردەوام، بە پێچەوانەی تەقەڵی گرێدراو کە بۆ شێوازە تەقلیدییەکان بەکار دەهێنرێت. ئینجا ماسولکەکانی بندامێن (*perineal muscles*) لەیەك نزیك دەکرێنەوە بە هەمان تەکنیکی گرێنەدراوی بەردەوام و چاککردنەوەکە بە تەقەڵێکی بەردەوامی تەواو دەکرێت کە بە باشی دەبرێتە بن ڕووی پێست تا چینی فاشیای ژێر پێست (*subcutaneous fascia*). تەقەڵی تەواوکراو بە گرێیەك کۆتایی پێ دەهێنرێت کە دەخرێتە ناو زێ لە پشتەوەی پاشماوەکانی پەردەی کچێنی. داوێکی

درێژی تەقەڵ کە دەکرێت بتوێتەوە بەکار دەهێنرێت بۆ چاککردنەوەکە بە بێ گرێدان جگە لە گرێی سەرەتا و کرێی کۆتایی .(Kettle et al, 2012, p3) "



شێوەی ٢. تەکنیکی تەقەڵدانی بەردەوام. وەرگیراوە لە ((Webb et al. (2014)

چاککردنەوەی دڕانی بندامێن (Repairing perineal tears)

چارەکردنی دڕانی بندامێن چەند جۆری هەیە بە گوێرەی سەختی برینەکە و لە خشتەی ژمارە ١ روون کراوەتەوە.

خشتەی ژمارە ١: چارەکردنی دەستبەجێی دڕانی بندامێن (perineal tears)

پلەی یەکەم	ئەم دڕانانە بە برین و دڕانی بچوك دادەنرێن و بەجێ دەهێڵدرێن بۆ بڕیاری پزیشك داخۆ پێویست بە تەقەڵدان دەکات یان نا.
پلەی دووەم	ئەگەرچی ئەم برینانەش سووکن، بەڵام دەبێت تەقەڵ بدرێن بۆ ئەوەی برینەکە باشتر بێتەوە یەك (چونکە سوودی بەرچاوی دەبێت بۆ هەفتەی دوای منداڵبوونەکە).
پلەی سێیەم و پلەی چوارەم	بە بەکارهێنانی سڕکەری جێگەیی یان گشتی، ئەم دڕان و برینانە دەبێت بە زووترین کاتی گونجاو و بە شێوەی نەشتەرگەری چاك بکرێنەوە، بۆ ئەوەی یارمەتی حەسانەوەی ماسولکەی بەیەکهێنەری کۆم بدات. دەبێت نەشتەرکاری ڕاهێنراو ئەم چاککردنەوەیە ئەنجام بدات چونکە حاڵەتەکانی ڕانەگیرانی کۆم دەبێت لە ئەنجامی کاری کەسانی بێ ئەزموون بن. وەرگیراوە لە (Goh et al., 2018)

بێ ڕەچاوکردنی ڕادەی سەختیی دڕانەکە، ئەم بنەمایانەی خوارەوە دەبێت لە کاتی چاککردنەوەکەدا بەکار بهێنرێن:

- نەشتەرکارێکی بەئەزموون، نەشتەرکارێك کە ڕاهێنراوی مامانی/منداڵبوون بێت، دەبێت چاککردنەوەکە تەواو بکات.
- ڕۆشنایییەکی باش و توانای دەست پێگەیشتن زۆر گرنگن - بە شێوەیەکی نموونەیی دەبێت کارەکە لە هۆڵی نەشتەرگەری ئەنجام بدرێت و نەخۆشەکە لەسەر پشت و لاقی بەرزکراو (lithotomy position) بێت.
- بە ئەندازەی پێویست سڕکەری جێگەیی (anaesthesia) دەبێت بەکار بهێنرێت.
- دەبێت هەموو چینێك بە جیا چاك بکرێتەوە بۆ ئەوەی دوایی کاری خۆی بکات.
- دەبێت چاککردنەوەکە بە ئاراستەی لە سەرەوە بۆ خوارەوە ئەنجام بدرێت چونکە بەم شێوەیە دەستەبەری ئەوە دەکات دەست بگات بە شوێنەکانی سەرەوە و ڕێگەیان نەگیرێت.
- دەبێت تەقەڵی شیاوی توانەوە بەکار بهێنرێت و گرێکانی هەموو چینێکیش بشاردرێنەوە چونکە بەم شێوەیە مەترسییەکانی ئازاری سەرجێیی (dyspareunia) و ناڕەحەتییەکانی زێ لە دوای ساڕێژبوونەوە کەم دەکاتەوە (Goh et al., 2018).

ڕێگاچارەکانی پاش نەشتەرگەریی دڕانەکانی بندامێن

<u>ئانتیبایۆتیك/دژەبەکتریا (Antibiotics)</u>

بۆ ئەوەی مەترسییەکانی هەوکردن و کرانەوەی برین کەم ببێتەوە، ئانتیبایۆتیکە مەودا فراوانەکان پێشنیار دەکرێن بۆ ماوەی ڕاستەوخۆی دوای نەشتەرگەرییەکە (Goh et al., 2018).

دەرمانی سڕکەر (ئازارشکێن)

دەبێت کیسەی سارد بە شێوەیەکی نمونەیی هەر ۱۰-۲۰ خولەك جارێك و بۆ ماوەی ۲٤-۷۲ کاتژمێری دوای نەشتەرگەرییەکە بەکار بهێندرێت. دەکرێت پاراستۆل و دەرمانی دژە هەوکردنی ناستیرۆیدی بەکار بهێندرێت. لەگەڵ ئەوەشدا، دەبێت ماددە بێهۆشکەرەکان (opioids) سنووردار بکرێت بۆ ئەوەی مەترسیی قەبزی کەم ببێتەوە. دەرمانی قلیەییکردنی میز (urinary alkaliniser) دەتوانێت یارمەتیدەر بێت بۆ کەمکردنەوە نارەحەتی لەکاتی میزکردندا (Goh et al., 2018).

دەرمانی ڕەوانی یان نەرمکەرەوەی پیسایی (Laxatives or stool softeners)

پێشنیاری دەرمانی ڕەوانی دەکرێت بۆ پاش چاککردنەوەی بندامێن چونکە تێپەڕینی پیسایی دەبێتە هۆی کردنەوەی برینەکە. دەرمانی نەرمکەرەوەی پیسایی وەك لاکتولۆز (lactulose) بۆ نزیکەی ۱۰ ڕۆژی دوای نەشتەرگەرییەکە پێشنیار دەکرێت. نەرمکەرەوەی پیسایی دەبێت بە پێوانە و ئەندازە بێت بۆ ئەوەی پیساییەکە بە نەرمی بهێڵێتەوە، نەك شل و زەحیری بکات (Goh et al., 2018).

دۆخی دانیشتن و جووڵان (Positioning and movement)

لە ماوەی ٤٨ کاتژمێری یەکەمی دوای نەشتەرگەرییەکە، نەخۆشەکە دەبێت ئەو دۆخانەی دانیشتن و پاڵکەوتن بە خۆی بدات کە مەترسیی ئاودزکردنی بندامێن کەم دەکاتەوە. لەم شێوە دۆخانەش بریتییە لە پاڵکەوتن لەسەر جێخەوێکی/قەرەوێڵەیەکی تەخت لە کاتی پشوودانداو، پاڵکەوتن لەسەر لاتەنیشت لە کاتی شیرداندا و، بەدووربوون لە زۆر دانیشتن. هەروەها نەخۆشەکە دەبێت خۆی بەدوور بگرێت لەو چالاکییانەی کە دەبنە هۆی پەستانی ناو سك بۆ ماوەی شەش تا ۱۲ مانگی دوای منداڵبوونەکە (Goh et al., 2018).

مەشقی ماسولکەکانی خوارووی حەوز (Pelvic floor exercises)

مەشقی خوارووی حەوز دەبێت لە دوو تا سێ ڕۆژی دوای نەشتەرگەرییەکە دەست پێبکات، یان لە هەر کاتێك کە نەخۆشەکە هەست بە ئاسوودەیی بکات. ئەو نەخۆشانەی برینی/دڕانی پلە سێ یان پلە چواری بندامێنیان هەیە دەبێت هەوڵەی پسپۆری چارەسەری سروشتی بکرێن کە شارەزاییان هەیە لە بواری بندامێن، ئەویش دەتوانێت غازات و مەترسییەکانی ڕانەگیرانی پیسایی و میز کەم بکاتەوە (Goh et al., 2018).

چاودێریکردنی برین (Wound care)

دڵنیابوونەوە لەوەی کە برینەکە لە دوای چوونە سەرئاو دەشۆرێت و ووشك دەکرێتەوە. نەخۆشەکە دەبێت ڕۆژانە تەماشای برینەکە بکات بە بەکارهێنانی ئاوێنەیەکی دەستی نەبادا هیچ ئاماژەیەکی کرانەوەی برینەکە هەبێت (Goh et al., 2018).

ڕێگریکردن لە زامداری سەختی ئەندامی زاوزێ

کۆلێژی شاهانەی مامانی بەریتانی (RCM, 2018) ڕایگەیاند کەوا بەڵگەیەکی باش هەیە کە بەکارهێنانی پارچەیەکی (خاولییەکی) گەرم لەسەر بندامێن و، هەندێ بەڵگەش هەن کە مەساجکردنی بندامێن لە کاتی لەدایکبووندا یارمەتیدەر دەبن لە کەمکردنەوەی ڕێژەی دڕانەکانی پلەی سێیەم و چوارەم.

بەهەمان شێوە، ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی پێشنیاری ئەم تەکنیکانەی خوارەوە دەکات بۆ کەمکردنەوە زامداری (برینی سەختی) بندامێن و بۆ ئاسانکردنی منداڵبوونی سروشتی بۆ ئەو ئافرەتانەی لە قۆناغی دووەمی ژانگرتندان: دانانی پارچەی گەرم، مەساجی بندامێن و چاودێریکردن لەگەڵ "دەستتێوەردان" (Hands-on) لەسەر بندامێن. ئەم تەکنیکانە بە پێی ویستی ئافرەتەکە و بە پێی بژاردە بەردەستەکان ئەنجام دەدرێن. زۆربەی ئافرەتان ئەم تەکنیکە نرخ هەرزانانە پەسەند دەکەن و ئەو دەرەنجامەیشی لەسەریان هەیەتی بەرز هەڵدەسەنگێنن (WHO, 2018c). لەگەڵ ئەوەشدا، سەبارەت بە ڕێژەی دڕانی پلە سێ و چوار، بەڵگەیەکی کوالێتی نزم هەیە کە دەست بەکارنەهێنان (Hands-off) بە بەراورد بە

تەکنیکەکانی دەستتێوەردان (Hands-on) هیچ کاریگەرییەکی نابێت لەسەر ڕێژەی دڕانی پلە سێ و چوار بەڵام ڕەنگە کەمتر بێت لەو ئافرەتانەی کە پێویستیان بە دادڕینی بندامێن (episiotomy) دەبێت وەك لەسەرەوە باس کرا (RCM, 2018).

لەگەڵ ئەوەشدا، بە ئەندازەی پێویست بەڵگە نییە لەسەر ئەوەی دەربیخات داخۆ شێوازی ریتگنز (Ritgen's maneuver) (بە بەکارهێنانی دەستێك بۆ ڕاکێشانی چەناگەی کۆرپەڵەکە لە نێوان کۆم و کلێنچکەی دایکەکە و، ئەو دەستەکەی دیکەی دەخرێتە سەر پشتەسەری کۆرپەڵەکە بە مەبەستی خێراترکردنی لەدایکبوونەکە) یان هەر تەکنیکێکی دیکەی تایبەت بە بندامێن کە بتوانێت ئەنجامی باشتری هەبێت. لەبەر ئەمەش، ئەم تەکنیکانە پێشنیار ناکرێن (RCM, 2018; WHO, 2018c).

بەڵگەیەکی کوالیتی نزم هەیە کە دادڕینی بندامێن بە شێوەی هەڵبژاردەیی (selective episiotomy) بۆ منداڵبوونی سروشتی بێ یارمەتیدان لە ڕێگەی زێوە، ئەنجامی وەهایە کە ژمارەیەکی کەمتری ئافرەتان تووشی برینی سەختی زێ یان بندامێن دەبن بە بەراورد بە دادڕینی ڕۆتینی (RCM, 2018).

ڕاسپاردەکان بۆ ئەنجامدان (Recommendations for practice)

بەڵگەیەکی باش هەیە بۆ ئەم پێشنیارانەی خوارەوە:

- دانانی پارچەیەکی گەرم لەسەر بندامێن دەبێتە هۆی کەمکردنەوەی دڕانی بندامێن لە پلەی سێ و چوار. مامانەکان دەبێت لە ئافرەتەکە بپرسن داخۆ حەز دەکەن پارچەی گەرمیان بۆ دابنرێت لەسەر بندامێنیان تاوەکو یارمەتییان بدات لە کەمکردنەوەی مەترسییەکانی برین و دڕانی سەخت (RCM, 2018). ئەم بە کارە بە خوساندنی پارچە قوماشێك (یان فانیلەیەك) لە ناو ئاوی گەرمدا (لە نێوان ٤٥-٥٩ پلەی سیلیزی) ئەنجام دەدرێت، کە دەگوشرێت و ئینجا بە هێواشی دەخرێتە سەر ناوچەی بندامێن. ئەمەش دەتوانێت لە بەشی کۆتایی قۆناغی دووەمی منداڵبوون کەڵکی لێ وەربگیرێت کاتێك کە سەری کۆرپەڵەکە دەست دەکات بە فراوانکردنی ناوچەی بندامێن (Seddon, 2019).

- بەڵگەكان پێشنیاری ئەوە دەکەن کە مەساجی بندامێن رەنگە شانسی ئەوە زیاتر بکات بندامێن بە سەلامەتی بمێنێتەوە و مەترسییەکانی دڕانی سەختی بندامێن کەم بکاتەوە (WHO, 2018c). تەماشای "رێنماییەکانی مەساجی بندامێن" بکە.
- شێوازی "دەستتێوەردان" (hands-on) (چاودێریکردن) لەوانەیە دڕانی پلەی یەکی بندامێن کەم بکاتەوە. ئەم تەکنیکە ئەوەش دەگرێتەوە کە مامانەکە بە هەردوو دەستی پاڵپشتی و پارێزگاری بکات لە بەشی پێشەوە و پاشەوەی بندامێن و کرانەوەکەی دەرچوونی سەری کۆرپەڵەکە بپارێزێت و کۆنترۆڵی بکات. (WHO, 2018c)
- بەڵگە لەسەر شێوازی ریتجین (Ritgen's manoeuvre) زۆر مسۆگەر نییە، بۆیە پێشنیار ناکرێت (WHO, 2018c).

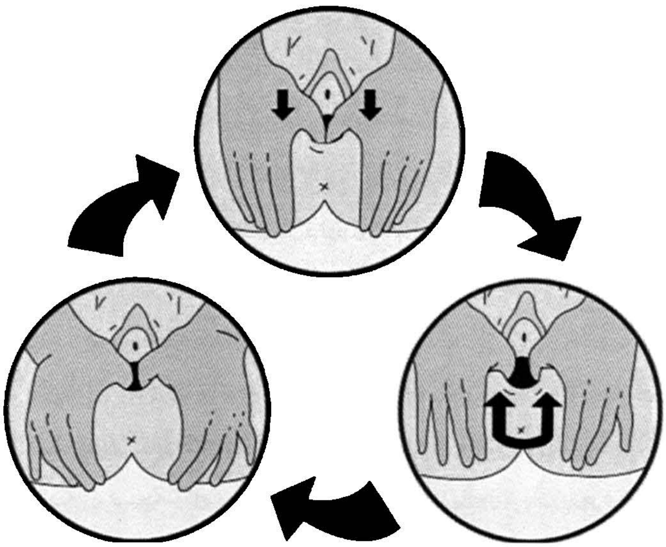
رێنماییەکانی مەساجی بندامێن

وەها پێشنیار دەکرێت کە مەساجی(شێلانی) پێش منداڵبوون لە هەفتەی ٣٤ی دووگیانییەوە دەست پێبکرێت. تەنها ئەو کاتە سوودی دەبێت کە هەفتانە دوو جار و هەر جارێك بۆ ماوەی ٥-١٠ خولەك ئەنجام بدرێت. شێلانی ناوچەی بندامێن بە رێژەی زیاتر لەم پێشنیارە سوودی کەم دەبێتەوە بۆ پاراستنی. (Oxford University Hospitals, 2017; Mater Mothers' Hospital, 2018; Seddon, 2019).

<u>هەنگاوەکان</u>

- مێزەڵدان بەتاڵ بکە، دەستەکانت بشۆ و نینۆکەکانی پەنجەت بە کورتی بهێڵەوە.
- لە شوێنێکی تایبەتدا ئیسراحەتی خۆت وەربگرە، بە جۆرێك دابنیشە کە ئەژنۆکانت بۆ سەرەوە بچەمێنەوە، بە پشتدا لەسەر چەند بالیفێك پاڵ بدەوە بۆ پشتیوانی پشتت ئەگەر وەهات پێ خۆش بێت. دەکرێت سوودبەخش بێت ئەگەر لە دوای خۆشۆردن یان چوونە سەر ئاو ئەنجام بدرێت.

- ماددەیەکی چەورکەر بەکار بهێنە وەك زەیتی زەیتون یان زەیتی گوڵەبەڕۆژە (پێویستە خۆت بەدوور بگریت لە زەیت یان رۆنی دروستکراو).
- هەردوو یان یەك پەنجە گەورەت دوای چەورکردنی بۆ قووڵایی ۱ یان ۱.٥ ئینچ ببە ناو زێت (ناو دامێنت).
- بۆ خوارەوە بەرەو کۆم و بۆ لاتەنشیتەکان پاڵ بنێ و پەنجە گەورەت بۆ ماوەی ۱ تا ۲ خولەك رابگرە تاوەکو هەست بە نەرمە کشانێك دەکەیت.
- بە یەك یان هەردوو پەنجە گەورەت بە هێواشی مەساجی بەشی خوارەوەی ناو زێت بکە بە جووڵەیەك بە شێوەی پیتی u، لەگەڵ ئەوەشدا سەرەنجت لەسەر ئیسراحەت و ئاسوودەیی بێت.
- لە کاتی مەساجکردنەکەدا، تا دەتوانیت سەرنج بخەرە سەر ئاسوودەیی و نەرمبوونەوەی ناوچەی بندامێنت (تەماشای شێوەی ۳.٥ بکە) (Oxford University Hospitals, 2017; Mater Mothers' Hospital, 2018; .(Seddon, 2019



شێوەی ژمارە ۳. تەکنیکی مەساجی بندامێن. وەرگیراوە لە (Mater Mothers' (Hospital (2018)

ڕێنماییەکانی ئەنجامنەدان

مەساجی بندامێن نابێت لەم دۆخانەی خوارەوەدا ئەنجام بدرێن:

- لە پێش هەفتەی ٣٤ی دووگیانی.
- پزدانگی (placenta previa) سەر ڕێ یان هەر دۆخێکی دیکە کە خوێنڕێژیی لەگەڵدا بێت لە زێوە لە کاتی نیوەی دووەمی ماوەی دووگیانی.
- تامیسکەی (ناگرەی) زێ (herpes)، کەڕووی زێ (thrush) یان هەر هەوکردنێکی دیکەی زێ، چونکە مەساج لەم حاڵەتانەدا دەبێتە هۆی بڵاوبوونەوەی هەوکردنەکە و خراپتربوونی حاڵەتەکە (Oxford University Hospitals, 2017; Mater Mothers' Hospital, 2018; Seddon, 2019).

دەرەنجامەکان

ئامانجی ئەم بەشە ئەوە بوو نوێترین زانیاری بە خوێنەران ببەخشێت سەبارەت بە ئەنجامدانی کردەی دادڕینی بندامێن بە پشتبەستن بە بەڵگە و بە ڕێنماییە پێوەرییەکان. زۆربەی بەڵگەکان پشتیوانی لەوە دەکەن کە بەکارهێنانی ڕۆتینییانەی دادڕینی بندامێن هیچ سوودێکی نابێت و بەم هۆیەش ڕێکخراوە گەورەکانی تەندروستیی وەك (WHO) پێشنیاری "بەکارهێنانی دادڕینی بندامێن بە شێوەیەکی زۆر و ڕۆتینییانە" ناکەن بۆ ئەو ئافرەتانەی کە خۆیان لە ڕێگەی زێوە منداڵیان دەبێت. هەندێ دامەزراوەی دیکەی تەندروستی پێشنیاری بەکارهێنانی هەڵاوێردکراو/سنوردارکراوی دادڕینی بندامێن دەکەن و، لەو حاڵەتانەشدا کە کردەی دادڕینی بندامێن دەستنیشان دەکرێت، ئەوا تەکنیکی لە ناوەڕاستەوە بۆ لاتەنیشت پێشنیار دەکرێت، ئەمەیش لەگەڵ ئەوپەڕی ڕەچاوکردنی ئاست و پلەکەی. هەروەها، ئەگەرچی ڕێکخراوی تەندروستی جیهانی پێشنیاری ئەوە دەکات کە ئانتیبایۆتیکی خۆپارێزی بەکار بهێنرێت بۆ ئەو حاڵاتانەی کە برینی دادڕینی بندامێن بەرەو ئاستەکانی سێیەم یان چوارەمی درانی بندامێنی تەشەنە دەکات، ئانتیبایۆتیکە پارێزەرە ئاساییەکان پێشنیار ناکرێت بۆ هەموو ئافرەتێك کە دادڕینی بندامێنی بۆ ئەنجام دەدرێت.

بەشی پێنجەم

ڕێنماییەکانی تایبەت بە چاودێریکردنی بندامێن بۆ دایکان لەلایەن تەندروستکاران

د. نەڤین فتاح حاجی مام

پێشەکی

ئەو ماوەیەی کە ئافرەتان دەگەڕێنەوە باری پێش منداڵبوون پێی دەگوترێت ماوەی پاش زاییمانی (یان ماوەی زەیستانی) کە زۆر گرینگە ئافرەتان لەو ماوەدا چارەسەری پێویستیان بۆ بکرێت لە ئەگەر لە کاتی منداڵبوونەکە تووشی هەر برینداربوونێکی بندامێن (ناوچەی زێ) هاتبێت. (Kettle & Tohill 2008; MEHT 2017).

برینداربوونی بندامێن دەکرێت ببێتە هۆی زامداری/تراوما و ئەمەش بە شێوەی ئەرێنی کار بکاتە سەر ئافرەتان لە رووی شیردانی دایکەکە، باری جەستەیی و دەروونی و کۆمەڵایەتیی دایکەکە لە سەرەتای ماوەی زەیستانییەکەی و هەروەها بۆ ماوەیەکی درێژخایەنیش (Fitzpatrick & O'Herlihy 2007; Kettle & Tohill 2008). ئەمەیش دەکرێت ماوەیەکی ناخۆش و پڕ زەبر بێت و لەوانەشە کار بکاتە سەر چالاکییە هەمیشەییە ئاساییەکانی وەك رۆیشتن، دانیشتن، چەمانەوە یان بە چیچکە دانیشتن، بەکارهێنانی ئاودەست (میزکردن / پیساییکردن)، ئەنجامدانی چالاکی سێکسی، شیردان، هتد. ئەو دەستپێشخەری و چارەسەرانەی کە دەبنە هۆی کەمکردنەوەی سەختیی برینداربوون/زامداری بندامێن (بە کاریگەرییە کورتخایەن و درێژخایەنەکانی دایك) ئەوکات زۆر پێویست دەبن (Kettle and Tohill, 2008).

محمد و ئەل ئاگەر (٢٠١٢) بە پشتبەستن بە دەرئەنجامی توێژینەوەکانیان بەوە گەیشتن ئەو ئافرەتانەی کە خۆیان چاودێریی بندامێنیان وەرگرتووە و ئەنجام داوە لە ماوەی دوای منداڵبوونەکەیان، ئەوا: (i) تووشی ئازاری کەمتر دەبن، (ii) هەنگاوەکانی سارێژبوونەوەی برینەکانیان باشتر دەبێت و، (iii) کەمبوونەوەی ئەو ئازارانەی پەیوەستن بە کردنەوەی/دادڕینی بندامێن بە یارمەتی هەندێ چالاکیی وەك رێکردن، دانیشتن، میزکردن، پیساییکردن و هتد. بەم شێوەیە، ئەوان پێشنیاری رێنماییە خودییەکانی تایبەت بە چاودێریکردنی بندامێن دەکەن بۆ ئافرەتان لە قۆناغی پێش منداڵبوونیاندا بۆ ئەوەی لە دوای منداڵبوون خۆیان بەکاری بهێنن و ئەو رێنماییە خودییانەی چاودێریکردنی بندامێن پێویستە پێشکەش بە پسپۆرانی چاودێری تەندروستی وەك ئەو پەرستار و مامانانە بکرێت کە چاودێری پاش منداڵبوون پێشکەش دەکەن.

ڕێنماییەکانی چاودێریکردنی بندامێن دەتوانێت هەندێ لایەنی کرداری بگرێتەوە وەك چۆن هەردوو دەست بشۆردرێت لەپێش و لەپاش چاودێریکردنی بندامێن، چۆن ناو بکرێت بەسەر بنداميندا، چۆن لە دوای شۆردن بنداميّن ووشك بكرێتەوە، چۆن دەرمان لەو ناوچەيە بدرێت، چۆن بەفر بخرێتە سەر ناوچەكە، ئەو شێوازانەی دانیشتن و وەستان کە دەبێت نەکرێن، هتد. (NHS,2017).

ڕێنماییەکانی چاودێریکردنی بندامێن (Instructions of Perineal Care)

ژمارەیەکی زۆر لە دامەزراوەکانی ئەم بوارە، دەستتیان بە ئەم ڕێنمایی و ئامۆژگاریيانەی خوارەوە کردووە سەبارەت بە چاودێریکردنی بندامێن لە دوای منداڵبوون (NHS,2017, WHO,2017; NICE,2020).

١- پاکوخاوێنی کەسی (Personal Hygiene)

بنداميّن (ناوچەی زێ) لەبەر ئەوەی بە ناوچەیەکی گەرمی جەستە دادەنرێت زۆرجار تەڕە و بە زۆریش هەواگۆڕکێی کەمە، بۆیە ژینگەیەکی لەبارە بۆ گەشەکردنی میکرۆب هۆکاری نەخۆشی کە ئەگەر هەبن ئەوا دەتوانن بچنە ناو نزیکترین کونەکانی جەستە (وەک، زێ، کۆم) و ئینجا ببێتە هۆی ئازار و ناڕەحەتی (WHO,2017).

ئەمەیش ئەوە دەردەخات کە گرنگی ڕاگرتنی ئاستێکی بەرزی پاکوخاوێنی بە پاکڕاگرتنی بنداميّن دێتە دی. ئەمەیش بەوە دەبێت کە بنداميّن و دەوروبەری بە شێوەیەکی ڕێکوپێك بشۆردرێت (لە کاتی چوونە سەرئاو و خۆشۆردندا یانیش وەك کارێکی جودا). ئەم ڕێنماییە هەنگاو بە هەنگاوانەی خوارەوە دەکرێت بۆ پاککردنەوەی بنداميّن پەیڕەو بکرێن (NICE, 2020):

- لە پێش شۆردنی بنداميندا، دەبێت هەردوو دەست بە جوانی و دروستی بشۆردرێن.
- پاش شۆردنی دەستەکان، دەست بکە بە شۆردنی بنداميّن بە ئاوی شلەتێن و لفکەیەکی/خاولییەکی شۆردنی پاك. یەکەم جار بنداميّن لە هێڵی ناوەڕاستەوە بەرەو دەرەوە بسڕە بەم ڕیزبەندییەی خوارەوە: ناو زێ، هەردوو دیوی لێوی/لچی زێ،

لاتەنیشتی لچەکان بۆ دەرەوە. لە ناوچەی پێشەوە دەست پێ بکە و بەرەو دواوە بەردەوام بە (سەرەوە بۆ خوارەوە)، بۆ نمونە لە ناوچەی تووکەبەرییەوە (ناوچەی بەر میزەڵدان) بەرەو ناوچەی کۆم. هەرگیز شۆردنەکە لە کۆمەوە دەست پێمەکە بەرەو پێشەوە چونکە ئەمە رەنگە ببێتە هۆی گواستنەوەی بەکتریا لە ناوچەی کۆمەوە بەرەو ناو میزەڕۆ یان بۆ ناو زێ. بۆ هەر شۆردنێك لفکەیەکی یان پەڕۆیەکی خاوێن بەکار بهێنە.

- لە پاش شۆردن، بندامێن ووشك بکەرەوە.
- دەرمان لە ناوچەکە بدە ئەگەر پێویستی کرد.
- لەپاش شۆردنی بندامێن، هەر دوو دەستت بشۆ.
- ئەگەر بکرێت، سانتیی دایکایەتی بەکار بهێنە لە بری ئەو سانتییە ئاساییانەی کە بۆ خوێنی ماوەی سووڕی مانگانە بەکار دەهێنرێت (UHNM 2019). هەوڵ بدە کاتەکانی گۆڕینی سانتی رێك بخەیت (هەموو ٢ بۆ ٤ کاتژمێر جارێك) لە ماوەی چەند رۆژی یەکەمی دوای منداڵبوون چونکە لەم ماوەیەدا ئەگەری ئەوە هەیە سانتی زۆرتر پیس ببێت. بۆ کردنەوە و فڕێدانی سانتییەکە لە بندامێنەوە دەست پێبکە بەرەو پاشەوە (بەرەو ناوچەی کۆم). هیچ جۆرە فتیلەیەك بۆ ئەمە بەکار مەهێنە چونکە دەبێتە هۆی هەوکردن.

٢- چارەکردنی ئازار

زۆر ئاسایی و باوە کە لە دوای منداڵبوون ئازار و ناڕەحەتی پەیدا ببێت. تەنانەت ئەگەر هیچ برینێکی فیعلی (دڕان یان برین) لە بندامێن نەبێت لە ماوەی منداڵبووندا، ئەوا شینبوونەوە و ئاوسان لەو ناوچەیە دەبێت و ئەمەیش رەنگە ببێتە هۆی چەند ئاستێکی ئازار و ناڕەحەتی. ئەم ئازارە ناڕەحەتتر و زیاتر دەبێت بە هۆی پلەی دووەم تا چوارەمی دڕان یان دادڕینی بندامێن. رەنگە ئەو کاتانە زیاتر هەست بە ئازارەکە بکرێت کە ناوچەکە ئاوی بەر بکەوێت یانیش لە کاتی رۆیشتندا. ئاستەکانی ئازاریش بە شێوەیەکی ئاسایی لە یەك دوو سێ رۆژی یەکەمی دوای منداڵبوونەکە لە بەرزترین ئاستدا دەبێت و کەم کەم بەرەو باشی دەچێت (Sleep 1995). هیچ نائاسایی نییە ئەگەر لە هەمان کاتدا کێشەی دیکەی تەندروستی

هەبێت لەم ماوەیەدا وەك ئازاری پشت. ئەم خاڵانەی خوارەوە دەكرێت یارمەتیدەر بن لە چارەكردنی ئازاری پێكانی بندامێن:

- ئازارشكێن

I. پاراستۆل سەلامەتە بۆ بەكارهێنان و كاریگەریی نابێت لەسەر شیردان ئەگەر دایكەكە شیری خۆی بە منداڵەكە بدات. ئەمەیش دەبێت بە پێی بڕی دیاریكراو بەكار بهێندرێت.

II. ئیبوپرۆفین (Ibuprofen) بە تایبەتی زۆر یارمەتیدەرە بۆ ئازاری دادڕینی بندامێن (episiotomy) و بۆ ئازاری میزكردن لە دوای منداڵبوون. سەلامەتە بۆ بەكارهێنان و بۆ حاڵەتی شیردانیش تەنها ئەگەر منداڵەكە لە پێش وادەی خۆی لەدایك نەبووبێت (واتە لە پێش ٣٧ هەفتە لەدایك نەبووبێت)، ئەگەر منداڵەكە بە كێشی كەم لەدایك نەبووبێت و هیچ دۆخێكی پزیشكیی نەبێت. ئیبوپرۆفین دەكرێت لەگەڵ پاراستۆل یان بە تەنیا بەكار بهێنرێت. ئیبوپرۆفین پێویستە بە گوێرەی بڕی دیاریكراو بەكار بهێندرێت.

III. تەحامیلی دیكلۆفیناك (Rectal diclofenac) وەكو ئازارشكێنێكی كاریگەر پێشنیار دەكرێت كە دەتوانێت بە ڕێژەیەكی بەرچاو ئەو ئازارانەی بندامێن كەم بكاتەوە كە بە هۆی دانیشتن، ڕێكردن و پیساییكردن تووش دەبن (Dodd et al., 2004). وەها دادەنرێت كە بە شێوەیەكی تایبەت لە ماوەی ٤٨ كاتژمێری دوای منداڵبوونەكە كاریگەر بێت و هەروەها بە بژاردەیەكی بنەڕەتی دادەنرێت بۆ شكاندنی ئازاری ماسولكەی بەیەكهێنەری كۆم (anal sphincter).

IV. ئاسپرین پێشنیار ناكرێت بۆ ئەو حالاتانەی ئەگەر شیری خۆت بە منداڵەكە بدەیت چونكە دەكرێت لە ڕێگەی شیری مەمكەوە بۆ منداڵكە بگوازرێتەوە(NHS, 2019).

- چەند ڕێكارێك بگرە بەر بۆ ڕێگریكردن لە قەبزی لە ڕێگەی خواردنەوەی بڕێكی باش لە ئاو (٢ بۆ ٣ لیتر ئاو لە ڕۆژێكدا) و هەروەها خواردنی بڕی هاوسەنگ

لە خواردنی تەندروست کە رێژمیەکی زۆر ریشاڵی تێدا بێت وەك میوە، سەوزە، دانەوێڵە، نانی تەواو (نانی بە کەپەك)، هتد (UHNM, 2019). هەروەها ئەمە یارمەتیدەر دەبێت بۆ سارێژبوونەوەی شانەکانی بندامێن.

- دانانی کیسەی بەفر یان کیسەی جێڵ لەسەر بندامێن بە شێوەیەکی رۆتینی رێکوپێك – پێشنیارێکە بۆ دانانی کیسە بەفر لەسەر بندامێن لە هەموو شەش کاتژمێر جارێك بۆ ماوەی ٣٠ خولەك لە ٧٢ کاتژمێری یەکەمی دوای منداڵبووندا (NHS, 2017). دەبێت رەچاوی ئەوە بکرێت کە کیسە بەفرەکە نابێت راستەوخۆ بەر پێست بکەوێت لەم چارەسەرکردنەدا. لە پێش بەکارهێنان دەکرێت کیسە بەفرەکە لە فانیلەیەك بپێچرێت و ئینجا بخرێتە سەر برینەکە. هەروەها، ئەنجامە دۆزراوەکانی شێخان و هاورێکانی (2011) پشتگیری لە بەکارهێنانی کیسەی جێڵ دەکەن لە چارەسەرکردنی بندامێن.
- دانیشتنی گەرماو (sitz bath) – دانیشتنی گەرماو یارمەتی دەدات لەناو ئاوێکی کەمدا دابنیشیت، تەنها ئەوەندە قووڵە کە کلۆت و سمت داپۆشێت. دەتوانیت بۆ ماوەی ٢٠ خولەك و دوو تا سێ جار لە رۆژێکدا تێیدا دابنیشیت. دەکرێت ئاوی شلەتێن بەکار بهێنرێت بۆ باشترکردن سووڕی خوێن لە بندامێندا یان دەکرێت شۆردنی سارد (سەرەتا لە ئاوی شلەتێن دابنیشیت و ئینجا کەم کەم کلۆ بەفری تێدا بکەیت) بۆ ئەوەی یارمەتی بدات لە کەمکردنەوەی ئاوسانی دەوروبەری بندامێن. ئەم جۆرە خۆشۆردنانە دەتوانێت هەندێ لە ئازارەکەش کەم بکاتەوە (هیدایەتی و ئەوانی دیکە، ٢٠٠٣). هەندێ خەڵك پەنا دەبەنە بەر دانیشتن لە ئاوی گەرمی تێکەڵکراو بە رۆنی دەرمانیی بۆنخۆش کە تایبەتمەندیی پاکژکردنەوە و ئارامبەخشیی تێدایە وەك هی بابونە و لاڤەندەر/بەنەوشە (UHNM, 2019). دانیشتنی گەرماو دەکرێت لە دوای هەر پیسایکردنێك بەکار بهێنرێت. ئاوی ناو قاعیدەکە بۆ تاراتگرتن بەکار مەهێنە.
- دانیشتن لەسەر بالیفی هەوایی (Air filled valley cushions) – دانیشتن لەسەر باڵیفی خڕی ناوبۆشی هەواتیکراو دەتوانێت یارمەتیدەر بێت لەوەی کە پەستانی

زۆر نەخرێتە سەر برینەکە و دانیشتن ئاسوودەتر بکات. هەروەها دەبێت ڕەچاوی ئەوەش بکرێت کە نابێت ئەمە لە ٣٠ خولەك زیاتر درێژە بکێشێت چونکە ڕەنگە ببێتە هۆی ئاوسان و ناڕەحەتیی درێژخایەن و سنورداركردنی سووڕی خوێن. هەڵخستنی تەقەڵەکان لەبەر هەوای کراوە ئەگەری ئەوەی لێ دەکرێت هەنگاوەکانی ساڕێژبوون خێراتر بکاتەوە. پێشنیارێکی دیکە ئەوەیە کە دەرپێ لەبەر نەکرێت و لەسەر خاولییەك بۆ ماوەی ١٠ خولەك و جارێك یان دوو جار پاڵ بکەوێت (Dwyer, 2019).

٣- پشوودان بە ئەندازەی پێویست

هەروەها پێشنیاری بە دروستی پشوودان دەکرێت بۆ ئەوەی پارمەتی جەستە بدات چاك و ساڕێژ ببێتەوە لە دوای دادڕینی/کردنەوەی بندامێن (episiotomy). (NICE ، 2014) و (NHS، 2017) پێشنیاری ڕێکخستنی کاتی خەوتنیان کردووە بەوەی کە هاوتا بێت لەگەڵ کاتی خەوی کۆرپەڵەکە.

٤- بەکارهێنانی ئاودەست

تێبینی ئەوە کراوە کە پێویستی بە بەتاڵکردنی ڕیخۆڵەکان (پیساییکردن) ڕاستەوخۆ لە سەرەتای ماوەی دوای منداڵبوونەکە ڕەنگە هەستێکی سەیر دروست بکات. دەبێت ڕەچاوی ئەم خاڵانەی خوارەوە بکرێت لە کاتی چوونە سەرئاودا:

- دەرمانی نەرمکەرەوەی پیسایی/دەرمانی ڕەوانی بەکار بهێنە بۆ ئەوەی لە کاتی پیساییکردندا تووشی ناڕەحەتی نەبێت. دەرمانی ڕەوانی ڕێگری دەکات لەوەی پیسایی توند و پەستێنراو بێت و بەمەش زیان بگەیەنێت بە ئەو برینانەی تازە چاك بوونەتەوە. بەکارهێنانی دەرمانی ڕەوانی دەستبەجێ لە دوای منداڵبوون لەوانەیە زوو و بە نازاری کەمتر ببێتە هۆی دانانی پیسایی لە دوای ئەو برینداریانەی بندامێن کە لە پلەی سێ تا چوارن (Mahony et al., 2004).
- لە کاتی بەکارهێنانی ئاودەست و بە تایبەتی لە کاتی پیساییکردندا پێویست بە چیچکەکردن دەکات لەسەر قاعیدەکە لەبری ئەوەی لەسەری دابنیشێت (ئەمەیش

بە جۆرێك كە، پشت ڕاست بێت، سك ئاسوودە و خاو بێت، ئەژنۆكان لە حەوز بەرزتر بێت، پێ بخرێتە سەر تەپڵەكی پێ و، بە گشتی شێوازێكی ئاسوودەی دانیشتن بێت)(Mahoney et al., 2004) .

- پێویستە ئەوپەڕی بایەخ و چاودێری بدرێت بە دەوروبەری برینەكە بۆ ئەوەی پاك ڕابیگرێت و ڕێگری بكەیت لە هەوكردن. پاش چوونە سەرئاو یان لەپاش میزكردن، بندامێن بشۆ بە پێداكردنی ئاوی شلەتێن تاوەكو لە ئازارەكەی كەم بكاتەوە. پێداكردنی ئاوی شلەتێن بە چواردەوری بندامێن لە كاتی میزكردندا دەتوانێت یارمەتیدەر بێت بۆ سووككردنی ئازار و ناڕەحەتییەكەی (Mahony et al., 2004).
- پارچە قوماشێكی پاك لەسەر چواردەوری شوێنی تەقەڵەكان دابنێ و بە سووكی پەستانی بخەرە سەر لە كاتی چوونە سەر ئاودا بۆ ئەوەی پەستان لەسەر شوێنی برینەكە كەم بكاتەوە (Mahony et al., 2004).
- لە پێشەوە بۆ پاشەوە كۆم بسڕە بۆ ئەوەی ڕێگری بكەیت لەوەی بەكتریا ببێتە هۆی هەوكردنی برینەكە (Mahony et al., 2004).
- ئاوی ئاودەستە بەرمەدەوە تا ئەو كاتەی بە تەواوەتی هەڵدەسیت بۆ ئەوەی لە ئاوەكەی نەپرژێتە سەر ئەو ناوچەیە (Mahony et al., 2004).

٥- گەڕانەوە بۆ چالاكیی ئاسایی سەرجێیی (سێكسكردن)

بەوەی كە چالاكی سێكسی پێدەچێت ئازاربەخش بێت، ئیتر ناخۆش دەبێت. ئەمەیش لەبەر ئەوەیە كە لە چەند هەفتەی دوای منداڵبوون (بە یان بە بێ دادڕینی بندامێن بێت)، زۆرینەی ئافرەتان هەست بە شەكەتی و ماندووبوون دەكەن. بۆیە لەم كاتانەدا نابێت پەلە بكرێت بۆ ئەنجامدانی سێكس. توێژینەوەكان دەریان خستووە كە ٩٠٪ لە سەدی ئەو ئافرەتانەی كە ئەزموونی دادڕینی بندامێنیان (episiotomy) هەبووە و ڕاستەوخۆ لە دوای ڕێكارەكان دەستیان كردووەتەوە بە چالاكی سێكسی تووشی ئازاری توند بوون و بە تێپەڕبوونی كات

باشتر بووەتەوە (NHS, 2017). ئامۆژگارییەکی باو ئەوەیە کە پەرێز بکرێت لە تێئاخنینی سێکسی لە ماوەی شەش هەفتەی یەکەمی دوای دادڕینی بندامێن (episiotomy).

بە گوێرەی (NICE (2014 و(NHS (2017، ئازارەکە هەندێ جار لەوانەیە پەیوەندیی بە ووشکیی زێوە هەبێت. پێشنیاری ئەوە دەکرێت کەوا مەرهەمی ئاوی بەکار بهێنرێت کە لە تەواوی وڵاتدا دەست دەکەوێت. نەرمکەرەوەی ڕۆنی وەك ڤازلین یان نەرمکەرەوەی تەرکەر ڕەنگە ببێتە هۆی خورانی زێ و زیان بگەیەنێت بە کۆندۆمی لاستیکی یان بە پەردەی سەر ڕەحم (diaphragms) و لەبەر ئەمەیش نابێت ئەو جۆرە نەرمکەرەوانە بەکار بهێندرێن. پێویست بە وریایی دەکات چونکە ئەگەری سکپڕبوون هەیە لە سێ هەفتەی یەکەمی دوای منداڵبوون. بۆیە ئامۆژگاری ئەوە دەکرێت جۆرە مەنعێکی سکپڕبوون بەکار بهێندرێت لە کاتی ئەنجامدانی سێکس لە دوای منداڵبوون، ئەگەرنا سکپڕبوون حەتمی دەبێت.

٦- ماوەی سارێژبوون

ئەو برینانەی لە ئەنجامی ڕێکارەکانی دادڕینی بندامێن (episiotomy) دروست دەبن بە شێوەیەکی ئاسایی لە ماوەی یەك کاتژمێری دوای منداڵبوونەکە چاك دەکرێنەوە. وەها چاوەڕوان دەکرێت کە ئەم برینانە دووچاری بڕێکی باش خوێنبەربوون ببن لە سەرەتادا. خوێنبەربوونەکە پاش پەستانخستنەسەر و تەقەڵدان دەوەستێنرێت و دەبێت لە ماوەی یەك مانگ لە دوای منداڵبوونەکە سارێژ ببێتەوە. ئەمە ئەو کاتەش دەگرێتەوە کە پێویستە بۆ تەقەڵەکان تا بتوێنەوە (NHS Choices 2017). زۆر گرنگە کە ئەوەت لە یاد بێت کە تەقەڵەکان پێویست بە دەرهێنان ناکات چونکە وەهایە کە چاوەڕوان دەکرێت خۆی لە جەستەدا بتوێتەوە، ئەمەیش ڕێگە دەدات بگەڕێیتەوە بۆ چالاکییە ئاساییەکانت وەك کاری سووك لە دەوام یان کاری ناوماڵ. لەگەڵ ئەوەشدا، پێویست دەکات ئەخۆش لە دوای ئەنجامدانی دادڕینی بندامێن (episiotomy) بۆ ماوەی شەش هەفتە چاوەڕێ بکات تا دەستپێکردنی ئەو چالاکییانەی کە ڕەنگە ببنە هۆی کردنەوەی تەقەڵەکان وەك چالاکییەکانی بەکارهێنانی فتیلە (tampons)، تێئاخنینی سەرجێیی و هتد.

هەندێ هۆكار دەبێت سەرنج بدرێن بكرێن بۆ هەڵسەنگاندنی دۆخی سارێژبوونەكە وەك تەماشاكردنی دەوروبەری زێ و بندامێن (perineum) بۆ تێبینیكردنی هەر سووربوونەوەیەك، ئاودزكردنێك، شینبوونەوەیەك، لیك دەردانێك، ئاوسانێكی نائاسایی، بۆنێكی ناخۆش، هتد (Leifer 2005). دەكرێت تا شەش مانگ بخایەنێت بۆ ئەم ناوچەیە تاوەكو بە تەواوەتی چاك ببێتەوە هەرچەندە كە بەشی هەرە زۆری سارێژبوونەكە لە ماوەی دوو هەفتەی یەكەمدا دەبێت (Blackburn 2007).

٧- ئاماژەكانی پێویستبوون بە چاودێری پزیشكی

بە دەركەوتنی ئەم ئاماژانەی خوارەوە، دەبێت دەستبەجێ چاودێری پزیشكیی بۆ دەستەبەر بكرێت: خوێنڕیژی زۆر لە زێ، بۆنی ناخۆش دەرچوو لە دەوروبەری بندامێن، ئازار لە كاتی میزكردن یان پیساییكردن، زۆر میزكردن، ئازاری توند لە ناوچەی حەوز و بەشی خوارەوە سك، تای بەرز، تێپەڕینی تەقەڵەكان یان تێپەڕینی ئیسفەنج، دەركەوتنی بلۆق یان تامیسكە (herpes)، هتد. (Mohammed & El-Nagger 2012). زۆر گرنگە كە دڵنیا بیت لە نەبوونی شینبوونەوەی/خوێنمەیینی (haematoma) لە رادەبەدەر یان هەوكردنی برینەكە لە بندامێن (perineum). هەروەها ئەگەر ئازاری بندامێن بەردەوام بێت سەرەڕای وەرگرتنی دەرمان، ئەوكات دەبێت چاودێری پزیشكی بەدەست بێت.

دەرەنجام

دڕانی بندامێن (Perineal tears) یان برین لە شانەكان وەك دادڕینی بندامێن (episiotomy) دەبنە هۆی دروستبوونی ئازار و ناڕەحەتیی وەها كە دەكرێت ٦ مانگ درێژە بكێشێت تا چاك ببێتەوە. ئەم ئازار و ناڕەحەتییانەی ئەو برینانە دەكرێت بێزاركەر بێت و كار بكاتە سەر چالاكییە رۆژانەییەكانی وەك رۆیشتن و دانیشتن و چەمانەوە و چیچكەكردن و بەكارهێنانی ئاودەست (میزكردن/پیساییكردن) و هتد. بە ئەمانەیش پێویستی بە چاودێری پەرستاری/پزیشكی وەها دووپات دەبێتەوە كە كاریگەریی دەبێت لەسەر چاكبوونەوە لەو ئازار و ناڕەحەتییانەی دەرەنجامی دادڕینی بندامێن (episiotomy)

دروست دەبن. توێژینەوەکان ئەوەیان دەرخستووە ئەو ئافرەتانەی کە خۆی چاودێری بندامێنیان وەرگرتووە و جێبەجێکردووە لە ماوەی دوای منداڵبوونیان، ئەوا ئازاری ئاست نزمیان هەبووە و برینەکانیان باشتر ساڕێژ بوونەتەوە. بۆیە زۆر گرنگە کە ڕێنماییە خودییەکانی چاودێریکردنی بندامێن لە قۆناغی پێش منداڵبوونەکەیان پێشکەش بە ئافرەتان بکرێت تاوەکو لە قۆناغی دوای منداڵبوونەکە بەکاریان بهێنن و هەروەها پێشکەش بە ئەو پەرستارانەش بکرێت کە چاودێری پاش منداڵبوون پێشکەش دەکەن.

Episiotomy

&

Obstetrics Perineal Trauma

A Handbook for Midwives of Kurdistan

Erbil 2021

Preface

Midwifery is a profession with a distinct body of knowledge and its own scope of practice, code of ethics and standards of practice. Midwifery has a solid knowledge base and skill set for providing complete primary maternity service to childbearing women. Midwifery in the Kurdistan region of Iraq has been recognized as an important academic discipline. Current midwives in the Kurdistan region need more evidence-based knowledge and guideline practice especially in their mother language (Kurdish). The purpose of this handbook is to provide specific guidelines in the Kurdish language for midwives in the Kurdistan region. This handbook explains and demonstrates common practices and complications during fetal delivery in Maternity hospitals.

Episiotomy is practiced by midwives at a high rate while perineal laceration is a common birth complication affecting millions of women worldwide. The main goal of this handbook is to assess the causes, evaluating management protocols and identifying ways in reducing perineal laceration. The case for prevention of perineal trauma and its consequences is compelling and how to achieve this is less than clear. Furthermore, post trauma care for mothers during the postpartum period needs essential educational programs. The authors have compiled an informed evidence-based book that includes diagnostic elements, anatomy, pathophysiology, management and prevention of obstetric trauma. We invite the midwives of Kurdistan to give their feedback to this book by contacting the chief editor via email: hamdia76@gmail.com.

FOREWORD

It is my pleasure being obstetrician and gynecologist and to be asked to write a foreword to this booklet prepared by a professional and academic authors aiming to improve the theoretical knowledge and clinical skills of midwives regarding perineal trauma. I have always believed that Inter-professional collaborative care between midwives and obstetrician is the gold standard in maternity care to improve the awareness of critical care for our obstetric patients and has been proposed as the best way to manage the impending maternity care crisis. Perineal trauma following vaginal birth is a crisis for the parturient and can be associated with significant short-term negative consequences and long-term physical and psychological morbidity. Midwives are experts in childbirth and postnatal care of both mother and child. Their role in the birth of a child is crucial to the well-being of both mother and baby. Having this booklet written precisely, shortly and in an update scientific manner will help to improve the knowledge and clinical skills for midwives and more substantially to prevent its occurrence and to help the new mother to manage postoperative perineal tears by through application of the Instructions and advice in relation to the perineal injuries.

Prof. Dr. Ariana Khalis Jawad
Head of Kurdistan Board of Medical specialties
President of Kurdistan-Iraq society of Obstetrician and Gynecologists

FOREWORD

There is a real need for appropriate information to meet the educational needs of midwives at all levels and specifically in labor ward to decrease the rate of perineal trauma including the iatrogenic episiotomy. The hard work of those who produce this booklet for the midwives; the active and important sector of health career personnel based on the idea that learning can be undermined if the available teaching and learning materials are not of a standard that matches the developed content. I am delighted to foreword in this excellent handbook, designed and developed by the very people at whom it is aimed, and matching the midwives directly. It follows the fact that any handbook must meet the challenges of being thorough, but brief, well-interpreted, and focused on clinical presentations as well as prevention strategies. This book does just that, and is accessible and easily used. It may be read straight through, or dipped into for specific parts of the problems. It has valuable sections on anatomical clinical landmarks, published articles in our locality on episiotomy and perineal trauma, update evidence based on this critical clinical problem and useful tips on practical health care advices.

Prof. Dr. Shahla K. Alalaf
Department of OBGY
College of Medicine
Hawler Medical University

Contents

Chapter one

Introduction

Dr. Hamdia M. Ahmed
Dr. Tiran J. Piro
Mrs. Wahida A. Ibraheem

Worldwide, about 140 million women give birth every year. Clinical management While much is known about the clinical management of labor and childbirth; less attention is paid to what, beyond clinical interventions, needs to be done to make women feel safe, comfortable, and positive about the experience (WHO, 2018a). Soft tissue organs in the genital tract and the adjacent organs can be traumatized during childbirth due to an episiotomy, spontaneous laceration, or both (Renfrew *et al.*, 1998, Johnson *et al.*, 2004). In obstetrics, one crucial complication is the occurrence of perineal tears as a consequence of vaginal delivery. More than 60% of women suffer from perineal trauma following their spontaneous vaginal delivery, and about 1000 women every day need to have their perineum repaired after childbirth (Fernando, 2007). Perineal trauma and its consequences are important areas for women's health and wellbeing. Many women throughout the world will sustain some degree of perineal and vaginal injury during childbirth (Steen and Diaz, 2018). Perineal lacerations occur in up to two-thirds of women and have been claimed to cause social problems and to affect the psychological wellbeing of mothers (Ott *et al.*, 2015). Perineal trauma is associated with significant short and long-term health problems that have significant adverse effects on women's wellbeing and quality of life (Steen and Diaz, 2018). Delays in perineal healing increased the risk for postpartum depression and social isolation (Dunn *et al.*, 2015). The morbidity related to perineal trauma is one of the significant health

problems that affect thousands of women. Therefore, it is essential that midwives who provide care and support to women during the childbirth continuum be educated and trained to provide the best care possible based on the most current up-to-date evidence (Steen and Diaz, 2018).

Historical review of episiotomy

In the past, episiotomy was one of the most common surgical operations in obstetrics (Amorim et al., 2014; Melo et al., 2014). First described by a Scottish midwife in the 1740s, episiotomies were not widely used until the mid-1900s. This practice was generalized between 1742 and 1980 due to a desire to reduce maternal and infant morbidity and mortality. This desire was subsequently catalyzed by the progressive generalization of births in hospitals during the twentieth century. Consequently, these elements have associated the practice of episiotomy with a medicalized treatment of pregnancy. In 1920, Joseph DeLee first publicly advocated the routine adoption of mediolateral episiotomy for all deliveries in nulliparous women. In addition to DeLee's persuasiveness and stature within the medical community, additional social factors may have increased acceptance of the practice. Throughout the rest of the 20th century, many American obstetric care providers considered episiotomy the standard of care. By 1979, episiotomy was performed in approximately 63% of all USA deliveries, with higher rates among nulliparas (Clesse et al.,

2019). In the UK in the same era, episiotomy rates ranged from 14% to 96% among nulliparas and 16–71% among multiparas. The purported short-term benefits for the parturient included its ease of repair compared with a spontaneous perineal laceration, improved postpartum pain, and reduction in severe (third and fourth degree) lacerations. Obstetricians in the United States made the case that this small incision would speed labor, decrease trauma, and allow restoration of the perineum. By the 1960s, routine episiotomy had made its way to the UK. According to Beech, the widespread use of episiotomy in both the US and the UK was in response to increased childbirth management. This procedure during vaginal delivery was first recommended in 1920 to protect the pelvic floor from lacerations and protect the fetal head from trauma (Lappen and Gossett, 2010; Rodrigues & Nene, 2018). In the US, the overall rate has dropped from 17.3% to 11.6% during 2006-2013 (Jiang et al., 2017).

The following reasons were used to promote the practice of episiotomy:

- Reduction of trauma to the fetal head
- Ease of repair and improved wound healing
- Preservation of the muscular and facial support of the pelvic floor
- Prevention of anal sphincter laceration
- Prevention of shoulder dystocia (ICEA, 2017)

Definition of episiotomy

An **episiotomy** is a surgical incision performed to enlarge the birth outlet and facilitate the fetus's delivery (Amorim *et al.*, 2014, Jiang *et al.*, 2017).

Classification of episiotomy

- Median (midline, medial) episiotomy: begins at the posterior fourchette and runs along the midline through the perineal body's central tendon. The extension of the incision should be roughly half of the length of the perineum. This type of episiotomy is commonly used in the USA and Canada.
- Modified median episiotomy: is performed by adding two transverse incisions in opposite directions just above the expected location of the anal sphincter. The transverse incision is performed on each side, perpendicular to the midline, so it measures 2.5 cm in total. The use of this modification is claimed to increase the diameter of the vaginal outlet by 83% compared with a standard median episiotomy, possibly by separation of both perineal membrane/sphincter attachments. It so allows real posterior displacement of the anus with no risk of any resultant traction injury.
- 'J'-shaped episiotomy: this episiotomy commences with a midline incision and is then curved laterally to avoid the anus. In this technique, curved scissors are used starting in the midline of the

vagina until the incision is 2.5 cm from the anus. Then the 'J' is made by directing the incision towards the ischial tuberosity away from the anal sphincter.

- Mediolateral episiotomy: this is the most frequently used type of episiotomy in Europe. It is defined as an incision beginning in the midline and directed laterally and downwards away from the rectum.
- Lateral episiotomy: this type of episiotomy was first described in 1850. It begins in the vaginal introitus 1 or 2 cm lateral to the midline and is directed downwards towards the ischial tuberosity. A lateral episiotomy is mentioned very rarely in the obstetric literature.
- Radical lateral (Schuchardt incision): is often considered to be a non-obstetrical incision. It is a fully extended episiotomy, which carries deep into one vaginal sulcus and is curved downward and laterally partway around the rectum. It may be performed at the beginning of radical vaginal hysterectomy or trachelectomy to permit easy access to the parametrium, to enable extraction of a neglected vaginal pessary or, very occasionally, to facilitate childbirth in complicated deliveries (large head, difficult breech or for correction of shoulder dystocia).
- Anterior episiotomy: or deinfibulation (the procedure of opening the scar associated with some degrees of female genital mutilation) is usually performed during delivery on women who

have had female infibulation performed previously. The practitioner's finger is inserted through the introitus and directed towards the pubis. To free the scar, fused labia minora are incised in the midline until the external urethral meatus can be seen and the anterior flap is entirely open. The clitoral remnants should not be incised. Another type of episiotomy (preferably mediolateral) may be required during delivery.

(kalis et al., 2012, Goh et al., 2018)

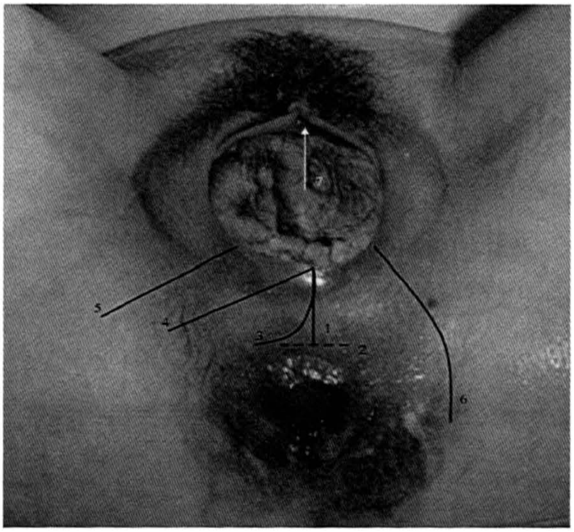


Figure 1. Types of episiotomy. 1: median episiotomy, 2: modified median episiotomy, 3: 'J'-shaped episiotomy, 4: mediolateral episiotomy, 5: lateral episiotomy, 6: radical lateral (Schuchardt incision),7: anterior episiotomy (white arrow). There are currently no international standards as to whether episiotomy should be incised on the right or the left side (median episiotomy excluded). This picture serves as a comparison of the locations of different types of episiotomy. The right side for the 'J'-shaped, mediolateral and lateral episiotomies and the left side for radical lateral episiotomy were simply chosen at random. (Kalis et al., 2012)

Episiotomy Incision

The incision may be made in the midline (median or midline-straight down toward the rectum), or it may begin in the midline but be directed downward and then laterally away from the rectum. The midwife or obstetrician may decide to make a surgical cut to the perineum with scissors or a scalpel to make the baby's birth more comfortable and prevent severe tears that can be difficult to repair. The cut is repaired with stitches (sutures) (Lappen and Gossett, 2010; ACOG, 2016).

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists now recommends that the procedure be used only in minimal situations. But it is still widely practiced in many parts of the world (Lappen and Gossett, 2010; ACOG, 2016; Rodrigues & Nene, 2018).

Vaginal tears can occur during childbirth, most often at the vaginal opening as the baby's head passes through, especially if it descends quickly. An episiotomy is done in an effort to prevent soft-tissue tearing, which may involve the anal sphincter and rectum (Varney *et al.*, 2019).

Definition of perineal trauma

Perineal trauma is any damage to the genitalia during childbirth that occurs spontaneously or intentionally by a surgical incision called an episiotomy. **Anterior perineal trauma** is an injury to the labia, anterior vagina, urethra, or clitoris and is usually associated with little

morbidity. **Posterior perineal trauma** is any injury to the rear vaginal wall, perineal muscles, or anal sphincter. **Spontaneous tears** are defined as (Varney et al., 2015; Kettle et al., 2008):

- First-degree tear: laceration is limited to the fourchette and superficial perineal skin or vaginal mucosa
- Second-degree tear: laceration extends beyond fourchette, perineal skin, and vaginal mucosa to perineal muscles and fascia, but not the anal sphincter. An episiotomy is considered second-degree iatrogenic perineal trauma (Goh et al., 2018).
- Third-degree tear: fourchette, perineal skin, vaginal mucosa, muscles, and anal sphincter are torn; third-degree tears may be further subdivided into three subcategories:
  - 3a- where less than 50% of the external anal sphincter is pulled.
  - 3b- where more than 50% of the external anal sphincter is torn.
  - 3c- where the internal and external anal sphincter is torn.
- Fourth-degree tear: fourchette, perineal skin, vaginal mucosa, muscles, anal sphincter, and rectal mucosa are torn
- Button-hole tear: the tear involves rectal mucosa with an intact anal sphincter complex.

Rate of episiotomy and perineal tear

In the past, episiotomy was one of the most common surgical operations in obstetrics (Lappen and Gossett, 2010). Routine use has fallen out of practice based on evidence of increased complications

with its use. In 1996 the WHO recommendation for an episiotomy rate of 10% helped reduce prevalence (ICEA, 2017). According to available published studies, the rate of perineal trauma and episiotomy varies in different studies and different countries shown in table 1.1.

Associated factors with perineal trauma

The factors related to perineal trauma in various studies are different. In some studies, the maternal age, parity, the maternal position during childbirth, induction of labor, the gestational age, the birth weight, the fetal mal-presentation and malposition, the instrumental delivery, shoulder dystocia, precipitated labor, the duration of the second stage of labor, maternal education, the male infant, birth in a private hospital and the race have all been proposed as factors related to the perineal injury. However, other studies have found that the neonatal weight, obesity, maternal age, the duration of the second stage, the neonatal head circumference, and maternal education were not associated with perineal trauma. These differences could be due to differences in the study populations. In some studies, the only episiotomy has been investigated, and in others, a perineal laceration. Also, in several studies, severe three and four degree perineal trauma has been examined. (Albers *et al.*, 2006, Fernando, 2007, Mesdaghinia *et al.*, 2011, da Silva *et al.*, 2012, Khani *et al.*, 2012, Dahlen *et al.*, 2013, Smith *et al.*, 2013, Mora-Hervás *et al.*, 2015, Gauthaman *et al.*, 2016, Abedzadeh-Kalahroudi *et al.*, 2019; Niguse *et al.* 2016).

Table 1.1- Rate of episiotomy and perineal trauma in different countries

Country	Type of study	Year	Sample size		Rate of episiotomy	Rate of perineal laceration
			Primipara	Multipara		
Turkey	retrospective	2017	2971	5616	93.2	—
India	Cross sectional	2011	64	56	86.7%	-
Mexico	RCT	2013	38	40	12.8	2.6
Nigeria	Cross sectional	2012	280	-	34.3	-
Brazil	Cross sectional	2011	150	153	60.7	6.6
Morocco	Cross sectional	2013	770	760	34.5	-
Nigeria	Cross sectional	2010	-	375	25.1	-
Pakistan	Cross sectional	2012	1488	-	-	7
Turkey	RCT	2015	72	70	42.2	8.4
Cameroon	Cross sectional	2015	148	-	3.3	18.9
Bangladesh	Cohort	2012	242	240	10.1	1.1
Iran	RCT	2011	50	-	80	26
Yemen	Cohort	2010	2588		75.1	0.27
Nicaragua	Intervention	2014	380	386	31.2	3
Iran	RCT	2012	23	22	84.4	2.2
Palestinian	Cross sectional	2013	68	66	79.9	-
Gambia	Cohort	2013	190	191	27.8	16
Jordan	Cross sectional	2009	450	455	54.3	15.8
Tanzania	Prospective interventional	2011	260	250	18.4	-
Kenya	Prospective cohort	2014	720	731	13.2	3.1
Malaysia	RCT	2013	82	-	-	96.3
China	RCT	2014	28		47.1	7.8
UK	Cross sectional	2015	128	120	14	14.5

(Bello et al., 2010, Frass and Al-Harazi, 2010, Francisco et al., 2011, Singh and Rathore, 2011, Alayande et al., 2012, Brohi et al., 2012, Ferdous et al., 2012, Geranmayeh et al., 2012, Assarag et al., 2013, Hassan et al., 2013, Sulaiman et al., 2013, Spitzer et al., 2014, Wang et al., 2014, Demirel and Golbasi, 2015, Egbe et al., 2015, Bahtışen et al., 2017; Calvo Aguilar et al., 2013; Azam et al., 2011; Garcia-Elorrio et al., 2014; Kaplan et al., 2013; Khresheh et al., 2009; Sorensen et al. 2011).

Indications of episiotomy

Although episiotomy is practiced for many reasons among health care providers, most of them are not supported by evidence. Therefore World Health Organization recommends that "Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth." In general, an episiotomy is now performed on an individualized basis. It is considered when the clinical circumstances place the patient at high risk of a third or fourth degree laceration or when the fetal heart tracing is of concern and speeding up the process of vaginal delivery is believed to be better for the baby (ICEA, 2017). . The latest evidence on indications of episiotomy is explained in details, in chapter five of this handbook.

Complications of perineal trauma

A significant proportion of the studies relevant to episiotomy actually assessed short- and medium-term period outcomes; long-term complications associated with episiotomies were not explicit.

Short term effects:

- Perineal lacerations
- Hemorrhage and increased blood loss
- Wound site edema
- Wound site infection
- Anal sphincter and rectal mucosal damage
- Urethral injury
- Bladder injury
- Hematoma formation
- Pain
- Episiotomy dehiscence

Long-term effects:

- Chronic infections
- Anorectal dysfunction
- Urinary incontinence
- Pelvic organ prolapse
- Sexual dysfunction
- Pain

Psychological outcomes of perineal trauma are depression/psychosexual issues, Delayed 'bonding' with the baby, and cessation of breastfeeding (Webb, 2020).

Chapter two

Anatomy of the Female Perineum concerning Obstetric Anal Sphincter Injuries and Perineal Lacerations

Dr Arthur Sanitos

Introduction

The female perineum is a superficial compartment between the external genitalia and the anus and is separated from the pelvic cavity. The perineum consists of various fibromuscular and neurovascular structures and acts to support the pelvic cavity. It also maintains the integrity of the pelvic diaphragm (levator ani and coccygei) (Moore *et al.*, 2010). Furthermore, the female perineum is involved in micturition, defecation, and parturition. The female perineum borders correspond to the pelvic outlet: the pubic symphysis anteriorly; sacrum to the tip of coccyx, posteriorly; and the ischial tuberosities, laterally. The sacrotuberous ligaments also delineate the posterolateral margin of the perineum. The perineum roof is the pelvic floor, and its base consists of fascia and skin (Moore *et al.,* 2010). When the lower limbs are adducted, the perineum forms a distinct diamond shape conjoined by four lines, two connecting the pubic symphysis and the ischiopubic rami and two connecting the ischiopubic rami to the tip of the coccyx (Moore *et al.*, 2010). Anatomically, the perineum can be further divided into two triangles by a central transverse line connecting the ischiopubic rami: the urogenital triangle anteriorly and the ischioanal triangle, which lies posteriorly. The distal two-thirds of the female urethra is contained in the perineum and distal vagina at the introitus plane (Hosseinzadeh et al., 2012).

Perineal membrane

The urogenital triangle contains the superficial perennial pouch (urogenital diaphragm) and deep perennial pouch. Unlike the ischioanal triangle, the urogenital triangle is covered by the perineal membrane consists of musculofascial tissue. It is fused to levator ani fascia superiorly while continuing along with intrinsic urethral and vaginal muscles. Its attachment to the perineal body maintains urinary continence (Fahmy and Munakomi, 2019).

An essential role of the perineal membrane is that it divides the deep and superficial perennial pouches. These pouches contain various muscular and urogenital structures. The superficial perineal pouch has three borders: superior, inferior, and anterior. These communicate with anterior abdominal muscles, urogenital diaphragm and ischiocavernosus, bulbospongiosus, and transverse perineal muscles (Fahmy and Munakomi, 2019).

Nerve supply of the perineum

The perineum's motor and sensory nerve supply arises from branches of the pudendal nerve, which arises from S2-S4 nerve roots. The pudendal nerve provides the inferior rectal branch, which innervates the external anal sphincter and skin around the anal orifice; the perineal (levator ani) and dorsal nerve (clitoris) branches. Damage to the pudendal nerve often causes either urinary or fecal incontinence, depending on the nerve branch which has been affected. Autonomic

nerves also provide innervation to involuntary muscles of defecation and micturition (i.e. internal anal sphincter, internal urinary sphincter)(Standring, 2018).

Perineal body

The perineal body has particular significance to the female perineum and episiotomy. The perineal body is a fibromuscular structure, separating the urogenital and ischioanal triangles. It is bordered caudally by the perineal skin, anteriorly by posterior vaginal, posteriorly by the anterior rectum. Its lateral boundary consists of the ischial rami puborectalis, pubovaginalis, and pubococcygeus. At its deepest point, the perineal body lies anterior to the anal canal (Woodman and Graney, 2002). Along with its superior and posterior aspects, the perineal body communicates with the internal anal sphincter; the sphincter's fibers descend along the posterior wall of the vagina proximal to the anorectal junction (Oh and Kark, 1973).

The perineal body can be likened to a muscular scaffold to attach muscles of the pelvic diaphragm (levator ani) and perineal muscles (bulbospongiosus superficial and deep perineal, deep, transverse perineal muscle and urethral muscles). The plethora of muscle attachments to the perineal body maintains the overall integrity of the perineum. Consequently, a robust perineal body prevents prolapsing of the pelvic and urogenital diaphragms. Physiologically, the pelvic fascia's tendinous arches' contraction helps the perineal body reduce

abdominal pressure, hence protecting the urogenital hiatus (Woodman and Graney, 2002).

It is only recently that the perineal body has been considered to play an integral role in maintaining fecal continence by operating as a physical partition between the vagina and rectum (Hakelius 1979; Woodman and Graney, 2002). Thus, the maintenance of rectal continence is considered by some authors as being the central function of the perineal body due to its various muscular attachments (Yavagal et al., 2011).

Ischioanal triangle

The ischioanal triangle contains the anus, which is the defecation site and is maintained by the levator ani muscles and the internal and external anal sphincters. These structures maintain fecal continence. The levator ani is utilized during defecation and parturition. The internal and external anal sphincters are located at the termination of the anal canal. The internal anal sphincter is innervated by the autonomic system (involuntary muscle). In contrast, the external anal sphincter (voluntary muscle) and the levator ani, are innervated by the pudendal nerve (Jacob, 2008).

Overview of the structures of the vulva

The female external genitalia which constitutes the vulva is the mons pubis, labia majora, labia minor, clitoris, vagina, external urethra, and

vestibular glands (Bartholin's glands). The vulva is supported by the various layers of perineal fascia and superficial and deep perineal muscles (Drake et al., 2005; Muhleman *et al.*, 2017).

The vestibule contains the urethra, vaginal orifice, hymenal caruncle, and vestibular glands. The vestibule is surrounded by the bulbospongiosus, which attaches to the pubis symphysis anteriorly and the perineal body posteriorly (Muhleman *et al.*, 2017).

The vagina is a "fibromuscular cylindrical cavity," comprising of non-keratinized stratified (squamous) epithelium" with considerable elasticity, and is covered by rugae like folds from the vaginal introitus to the cervix (Chiva and Magrina, 2019, Muhleman *et al.*, 2017). The vaginal cavity is approximately 6.3 cm in length and extends from the uterus to the vaginal orifice when the female is not sexually aroused (Barnhart *et al.*, 2006; Matthes and Zucca-Matthes,2016).

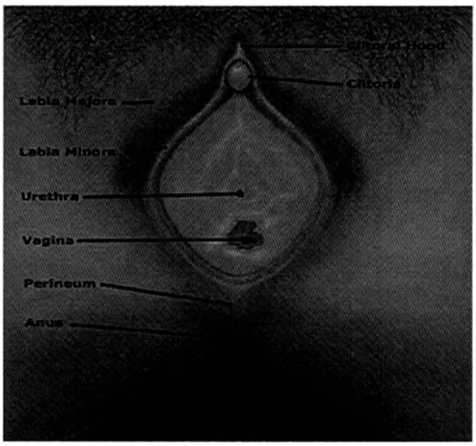


Figure 1 - Major structures of the vulva. From Ron AF Greve http://moonlit.xs4all.nl [Public domain]

Perineal lacerations due to vaginal delivery

Vaginal delivery is a very high-risk factor in causing and sustaining obstetric anal sphincter injuries (OASIS). Vaginal delivery often leads to varying OASIS levels in approximately 50% of females with subsequent rectal/anal incontinence in 4%-6% of females (Guise *et al.*, 2007). mainly due to post-operative scar tissue damage leading to anal sphincter defects (Sultan *et al.*, 1994, de Leeuw *et al.*, 2002; De Leeuw *et al.*, 2008). This is a reality that often cannot be avoided. Instrumentation during delivery plays an important role (De Leeuw *et al.*, 2008).

Other problems, especially with extended vaginal delivery, include damage to the pudendal nerve (Fitzpatrick and O'Herlihy 2005, Dirro *et al.,* 2007). Even with the general repair, the external anal sphincter operating to its previous prenatal tone in postpartum females is approximately 40% (Fernando *et al.*, 2006).

Vaginal delivery is also strongly associated with urinary incontinence in approximately 6.78 females. It is even more frequent in nulliparous females. It is also well-known that vaginal delivery increases the risk of postpartum urinary incontinence (Persson *et al.*, 2000, Jovanovic *et al.*, 2011, Signorello *et al.*, 2000), have highlighted that females who had medial episiotomy performed on them had a triple risk to develop rectal incontinence 3-6 months postpartum. It has also been reported that inexperienced surgeons may also contribute to iatrogenic induced external anal sphincter disrepair. Unfortunately, inadequate primary

care is a risk factor in asymptomatic external anal sphincter defects (Pronk *et al.*, 2010).

It has been reported that a subsequent vaginal delivery increases 3rd to 4th-degree perineal tears by 5-7%. (O'Connell and O'Herlihy 2003, Thakar and Sultan 2009, Scheer *et al.*, 2009).

Episiotomy and obstetric anal sphincter injuries (OASIS)

Concerning dyspareunia (pain during coitus) there is evidence that episiotomy can negatively affect female sexual performance after a long period postpartum. A study reported a 7.9% incidence of having dyspareunia after having delivery with episiotomy, compared to 3.4% in a group who did not have this procedure (Ejegård et al., 2008).

One study indicated second-degree lacerations occurred in 51.3% of females who had an episiotomy during their second delivery compared to 26.7% of females who did not have an episiotomy during their first delivery (Jovanovic et al., 2011).

Episiotomy is an independent factor for increased urinary incontinence risk. Additionally, a group comparison of females given episiotomy as those who were not given episiotomy during vaginal delivery showed a higher incidence of episiotomy in the former group (Živković et al. 2016; Chang et al., 2010).

It should be noted that pregnancy is probably the most adverse independent factor in developing urinary incontinence postpartum (Živković et al., 2016). Therefore, the use of episiotomy may make

some women more susceptible to OASIS. Other risk factors for OASIS include having episiotomy during the first vaginal delivery.

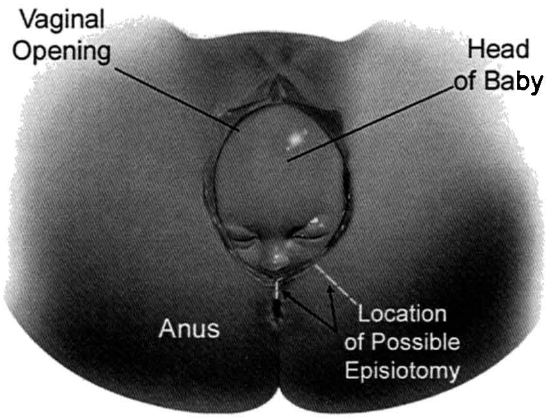


Figure 2 – Locations of possible episiotomy during parturition. From Ron AF Greve http://moonlit.xs4all.nl [Public domain]

Conclusion

Vaginal delivery poses significant health problems for many females. Considering the high risk of OASIS caused by vaginal delivery or episiotomy, there needs to be. A clear understanding of the anatomy of the female perineum. At this time, an episiotomy cannot be eradicated from surgical practice. The complexity of the female perineum demands surgical vigilance. It should also be noted that female anatomical structures could be injured or complicated due to various clinical problems such as postpartum hemorrhage, dyspareunia, fistula with bladder and rectum, urinary incontinence, and post-operational scar tissue.

Chapter three

Literature review of episiotomy and perineal trauma in Kurdistan

Dr Hamdia Mirkhan Ahmed

Several studies were conducted in the Kurdistan region regarding episiotomy, perineal trauma, and midwives practices. The results summarized as following:

Midwives practice regarding episiotomy and perineal trauma

A cross-sectional study was conducted in the three public Maternity Teaching Hospitals of Erbil, Dohuk, and Sulaymaniyah cities of Kurdistan Region of Iraq. The settings were the biggest maternity teaching hospitals of these three governorates; these three hospitals provide comprehensive maternity care to the whole region. The study population included all of the midwives working in the three hospital delivery rooms. The study aimed to 1) Determine the midwives' clinical reasons for performing episiotomies, 2) Identify relationships between midwives' demographic characteristics and their reasons for performing episiotomies 3) Compare the midwives' clinical reasons for performing episiotomies between the three main cities, 4) Identify some aspects of practicing episiotomy by midwives, 5) Determine midwives' perspectives regarding rate of episiotomies, 6) Discover the midwives' opinions relating to their acceptance of suturing of episiotomy, 7) Assess the post episiotomy care instructions provided by midwives for women undergoing episiotomy, 8) Compare the post episiotomy instructions of midwives of the three main cities, 8) Ascertain approaches used by midwives for avoiding episiotomy and

9) Assess their knowledge regarding complications of episiotomy in three main cities of Kurdistan Region.

The majority of Kurdistan midwives mentioned that performing an episiotomy depends on their own decision. In contrast, the others stated that obstetricians on call assisted them in deciding to conduct an episiotomy.

The midwives reported 16 clinical reasons for performing episiotomies; Maternal factors: improved healing rates, anticipating perineal tear and injury, previous pelvic surgery, an uncontrolled woman (hysteria), thick or inelastic perineum; Fetal factors: fetal distress, decreased pressure on the fetal head, shoulder dystocia, shortening the time of the second stage of labor, fetal malposition, instrumental delivery, breech delivery, large fetus; Other factors: perform episiotomy as routine for primiparous woman, more comfortable to repair than laceration for obstetrician on call in the labor room, obstetrician order/decision. The highest percentage mentioned clinical reasons were macrosomia (large fetus) (71.7%), breech delivery (58.5%), shoulder dystocia (54.7%), prevention of perineal tearing (50.9%), and fetal distress (50.9%). There was a highly significant association between midwives' number of years of experience in the delivery room and choosing shoulder dystocia as a clinical reason for performing an episiotomy. There was also a highly significant association between the midwives' level of education and choosing preventing perineal tear and shoulder dystocia as clinical

reasons. Furthermore, there was a significant association between education and choosing breech delivery and macrosomia as reasons for performing an episiotomy. The study concluded that midwives' clinical reasons for performing episiotomies were not evidence-based in the three governorates of Kurdistan Region/Iraq. The midwives' age, number of years of experience in the delivery room, specialties, and education levels affected their reasons for performing episiotomies. Training courses, continuing education for midwives, regional clinical policies, and guidelines are essential for unifying the practice of evidence-based surgical procedures. Further research was recommended to analyze the reasons for performing episiotomies in separate deliveries (Ahmed, 2014).

The majority of Kurdistan's midwives considered that the episiotomy rate was high in their hospitals. Midwives' answers regarding reasons for a high percentage of episiotomy were related to five factors; maternal (77.35%), fetal (39.62%), midwives (37.73%), obstetricians (30.18%), and hospital policy and health system (20.75%). The opinion of midwives regarding how to decrease the rate of episiotomy included improving midwifery care during delivery (77.35%), reforming the health system (60.37%), reforming hospital policies (50.94%), and improving maternal care during pregnancy (26.41%). Almost all midwives attempted to avoid an episiotomy. A majority of them declined to accept a woman's request in avoiding an episiotomy procedure. There was no significant difference between midwives in

the three cities. The highest proportion (54.54%) of midwives' answers regarding reasons for refusing women's requests for performing episiotomy is illustrated in the following: "The mothers don't know the complications, and we know they need it." In answer to this question, "do you want to accept the responsibility of suturing episiotomy if hospital policy allows you?" most of the midwives (64.2%) answered "yes." The more frequent reasons for positive answers were "this is a midwife's decision (by cutting), and a midwife has more expertise than obstetricians." Only nine of the midwives had the training to perform an episiotomy procedure. Also, they mentioned that "there is no clear hospital policy and specific guideline regarding restrictive episiotomy practice." The study concluded that considering midwives' perspectives and views regarding episiotomy, providing training courses, guidelines for practicing it, and sharing their experience with them by group discussions may help decrease the rate of episiotomy and its practice correctly in Kurdistan maternity hospitals. The authors recommended conducting further studies to ascertain the quality of episiotomy procedures and complications (Piro and Ahmed, 2016).

The highest percentage of midwives in Duhok and Suleimanyia (100% and 94.4%, respectively) instructed the mothers undergoing episiotomy. However, midwives in Erbil did not perform this instructive role. There was a significant difference between midwives' practice in the three cities regarding informing the mothers and giving instructions for post episiotomy care. The reason for not providing

instructions regarding episiotomy care for the midwives in Erbil was due to a lack of hospital policy. These midwives mentioned that physicians were performing episiotomy suturing and were their responsibility to instruct them. Most midwives in Duhok and Sulemanyia did not provide proper instructions to mothers who had an episiotomy. Moreover, there was a significant difference between their instructions regarding handwashing thoroughly before and after going to the bathroom or changing a sanitary pad, sits bath, use of cushion during sitting for pain relief, gently washing the stitches with soap and water during bath or shower, laying on their side while resting or napping, and putting on ointment or medication where the doctor has prescribed it. The study concluded that Kurdistan midwives did not instruct the mothers who had episiotomy correctly regarding care during the postpartum period. The practices of the midwives were different in the three main cities of the Kurdistan Region. Further studies are needed to identify the barriers of inappropriate post episiotomy care instructions and the educational program's effect among midwives. Hospital policy and job descriptions of midwives must be reevaluated (Ahmed, 2014).

An observational study was implemented to observe the practices of 15 midwives during the four observations to identify the quality of nurse/midwives' practices in the labor room regarding care during the active first phase and the second, third, and early fourth stage of labor in the Maternity Teaching Hospital in Erbil City. The results related to

episiotomy showed that most nurses/midwives did not use sterile techniques (Nuriy and Ahmed, 2018).

Midwives of three hospitals mentioned episiotomy complications: tear into the rectum muscle or rectum itself, bleeding, infection, and swelling of episiotomy area, defect in wound closer, local pain. There was a significant difference between the knowledge of midwives in the three cities regarding complications of episiotomy. Those approaches that were used by midwives for the prevention of episiotomy were the following: using proper position, good vaginal support, using Castor oil, performing episiotomy only in indicated cases, educate mother to not pushing without contraction, giving sufficient time for delivery, and using a lubricant gel. There was a significant difference between the three cities regarding episiotomy prevention approaches. The Kurdistan midwives did not mention support techniques, Ritgen's maneuver, perineal massage, warm compresses, and 'hands-on' or 'hands poised' as approaches to preventing episiotomy. The study recommended improving midwives' knowledge regarding episiotomy complications and prevention approaches for performing episiotomy to reduce episiotomy in maternity hospitals. Training courses, developing guidelines, and establishing clear and unified policies are necessary to decrease the episiotomy rate (Ahmed, 2015).

Prevalence and Risk Factors of Episiotomy and Perineal Tear

A retrospective cross-sectional study in Maternity Teaching Hospital in Erbil city shows that of the 1500 women, more than two-thirds of women (N=1109) had an episiotomy during childbirth. The rate of developing vaginal tear with episiotomy was 26.1%. There was a significant association between age and perineum status. Women <20 years of age who had an episiotomy (57.2%) did not develop vaginal tearing. Approximately one-third of the women (29.4%) of the same period experienced vaginal tearing despite episiotomy. This percentage was much higher than women ages 40- 49, who experienced both an episiotomy and vaginal tearing ($p < 0.001$). A considerable proportion of primiparous women (28.9%) who experienced an episiotomy also had a vaginal tear. This rate was 17.8% among grand-multiparous women ($p < 0.001$). The rate of experiencing tear despite episiotomy among women who delivered a big baby was 32.4% and among women who delivered a small baby was 22.7% ($p = 0.013$). In all the women, a vaginal tear rate was 33.3%, regardless of whether an episiotomy was performed. The rate of a tear was significantly higher (35.3%) among women who had an episiotomy, compare to those (27.6%) without an episiotomy ($p = 0.006$). Binary logistic regression analysis showed an episiotomy might increase a tear's risk by more than 30% (OR = 1.37; 95%nCI 1.045 to 1.798). No significant association was found between the development of a tear with age, parity, and baby weight. The study

concluded that maternal age, parity, and birth weight are associated with risk factors for perineal trauma, resulting in vaginal tearing or an episiotomy. The prevalence of episiotomies in this study is significantly higher than the WHO recommendation. The results of this study suggest that further research is necessary to inform, develop, and implement policies regarding the restrictive use of episiotomy (Ahmed et al., 2019).

In another cross-sectional study in the same hospital, the majority of the women aged between 20-35 years old, approximately half of them (48.6%) were multipara, 62.1% and 8.4% had previous experience of episiotomy and perineal tear, respectively. The episiotomy rate was 44.2%, and the rate of perineal injury was 18.4%. The most evident symptom for conducting an episiotomy was the rigid perineum (65.6%). Other indications were maternal exhaustion, a routine procedure for normal vaginal delivery, a big baby, and previous history of perineal injury, breech, and face presentation. The results also showed a significant association between episiotomy rate and age, education status, and occupation of participant women. The present study demonstrated a significant association between the current episiotomy rate and the current perineal injury rate. The findings revealed that 8.6% of pregnant women who had an episiotomy presented with a perineal tear in comparison to 26.2% who had not undergone an episiotomy (Ali and Zangana, 2016).

A cross-sectional study was conducted at the Maternity Hospital in Duhok city; the total number of 12305 vaginal deliveries was examined. The age range for half of the study sample was 23-30 years, while 33% were 15-22 years old. The number of primiparous and multiparous mothers were 3685(30%) and 8620 (70%), respectively. The rate of episiotomy, perineal tear and were 63%, 35.8%, and 1.2%, respectively. Also, the results revealed that 89.8% of the delivered babies had an average birth weight between 2500-4000gm. The highest prevalence of episiotomy was among primiparous mothers (71.8%). The researchers concluded that health care personnel need in-service education and training to restrict and lower the rate of episiotomy (Fatah & Abdulmalek, 2019).

Labor and birth experience of Kurdish women regarding episiotomy

An explanatory sequential mixed-methods study was conducted on 256 women who gave birth in a significant public tertiary hospital in Iraqi Kurdistan. The study assessed Kurdish women's labor and birth experience. The study results highlighted that the episiotomy rate is still high, and around 44% had undergone episiotomy. The data suggested that women believed that each medical routine performed during their labor process was a normal part of the process of giving birth. These routines comprised vaginal examination or medical and Surgical interventions such as episiotomy. Factors that enhanced women's negative childbirth experience included surgical interventions like episiotomy and suturing. Besides, the women raised

concerns about the delay in suturing the episiotomy incision. They stated that the delay increased their discomfort and reported that they perceived more pain if the episiotomy incision was left un-sutured for a long time (Mahmood, 2016).

The necessity of performing episiotomy in primigravida

A prospective study was done in Maternity Teaching Hospital in Sulaimani city to evaluate the outcome of 152 full-term primigravida women in the labor ward in Sulaimani Maternity Teaching Hospital. All participants were collected in the labor ward during labor, after taking full history & clinical examination, assessing pelvis by clinical pelvimetry with the assessment of fetal size, and asking the patient's permission to perform an episiotomy. After delivery, the women were asked to fill out a questionnaire form. Observation and follow-up were done after 24 hours, after one week, and six weeks for the women to determine any postpartum complications like postpartum hemorrhage, perineal hematoma, perineal pain, urinary problems, vaginal discharge, urinary or fecal incontinence.

At six weeks, the women were asked if they had experienced any pain during intercourse (dyspareunia). The results identified 53 cases (34.9%) with intact perineum (group 1), 65 cases (42.8%) with 1st-degree perineal tear (group2), and 34 cases (22.4%) with 2nd-degree perineal tear (group3). There were no cases of 3rd or 4th-degree

perineal tears. Women's mean age was 21.6 years, 22.8 years, 22.2 years in the three groups, respectively.

Sixty-nine cases (45.39%) of women did not need suturing (53 with intact perineum and 16 with superficial mucosal tear). Forty-two cases (27.6%) were associated with anterior & lateral vaginal wall tears (31 cases with 1st degree and 11 cases with 2nd-degree tears). The mean weight of neo-nates was 3.08 kg ± 0.36kg standard deviation. The relation between a neonate's weight and occurrence and degree of tear was statistically significant. All cases in the three groups needed suturing. The women experienced perineal pain and discomfort while sitting after 24 hours. After six weeks of follow up, only 2 cases had urinary and feces incontinence and dyspareunia. The present study results suggested that episiotomy was not always a preventive approach for perineal trauma (Saeid et al., 2014).

Chapter Four

Evidence-based practice and standard guidelines regarding episiotomy

Dr Kazhan Ebrahim Mahmood

The current state of the evidence

Episiotomy has long been a subject of debate among researchers, clinicians, and advocates. The routine use of episiotomy to avoid natural vaginal tearing was previously recommended by clinical guidelines (now outdated). Over the last two decades, a growing body of literature and increased advocacy efforts have led to a consensus that episiotomy should not be conducted as a standard practice. Nonetheless, in many parts of the world, the majority of women still undergo episiotomy during childbirth.

In the past, one of the most common surgical operations in obstetrics was episiotomy (Lappen & Gossett, 2010). Based on evidence of increased complications with episiotomy use, its routine use has fallen out of practice. The WHO's recommendation for an episiotomy rate of 10% in 1996 helped lead to a drop in episiotomy prevalence. In the United States, the overall rate has declined from 17.3% to 11.6% from 2006 to 2013 (Berkowitz et al., 2017; ICEA, 2017; Friedman et al., 2015).

According to Beech (2004), the widespread use of episiotomy in both the UK and the US was in reply to the rise in active management of labor. More interventions were seen necessary as labor and childbirth moved from being viewed as a physiologic process to a pathologic one. The following reasons contributed to promoting the practice of episiotomy:

1. Fetal head trauma reduction
2. Easy repair and improved wound healing

3. Protection of the muscular and fascial support of the pelvic floor
4. Anal sphincter laceration prevention
5. Shoulder dystocia prevention (ICEA, 2017)

Berkowitz et al. (2017) state that continued research shows no benefit for any of the above reasons for episiotomy use. However, episiotomy places the woman at risk for the following unfavorable outcomes:

1. Incision extension that leads to third and fourth-degree tears, mainly for a median episiotomy.
2. Risk of harmful anatomic consequences (introitus narrowing, skin tags, fistula, and asymmetry).
3. Increase rates of wound infection and dehiscence.
4. Increase blood loss.
6. Increase risk of severe perineal laceration in consequent deliveries (ICEA, 2017).

A recent Cochrane review supports the conclusions that the routine use of episiotomy has no advantages and the potential for adverse outcomes in their 2017 report (Jiang et al., 2017). The review of 11 trials (5977 women) compared selective versus routine episiotomy in women at low risk of instrumental delivery in 10 different countries. The authors conclude that *"Overall, the findings show that selective use of episiotomy in women (where a normal delivery without forceps is anticipated) means that fewer women have severe perineal trauma. Thus the rationale for conducting routine episiotomies to prevent severe perineal trauma is not justified by current evidence, and we*

*could not identify any benefits of routine episiotomy for the baby or the mother." (*Jiang et al., 2017).

Data show no short-term or long-term maternal benefit of routine episiotomy in pelvic floor dysfunction, the severity of perineal laceration, or prolapse of pelvic organ compared with restrictive use of episiotomy. Furthermore, an episiotomy has been associated with an increased risk of anal incontinence in postpartum (ACOG, 2016).

Rodriguez and colleagues (2008) conducted a randomized controlled clinical trial on 446 nulliparous women with deliveries after 28 weeks of pregnancy. Patients were randomized to undergo either routine episiotomy or selective episiotomy. In the particular episiotomy group, episiotomies were performed only in cases of imminent lacerations, forceps delivery, or fetal distress. The policy of performing selective midline episiotomy in nulliparous women results in a decreased risk of perineal tears (third-degree) (Rodriguez et al., 2008).

A 2005 systematic review (Carroli and Belizan, 2005) found that pain, the severity of perineal laceration, and the use of pain medication were not improved with routine episiotomy use. Additionally, there was no established advantage from routine episiotomy use for the prevention of urinary or fecal incontinence or pelvic floor relaxation. A Cochrane review by Hartmann et al. (2009) found similar results and that restrictive episiotomy use was linked with less suturing and fewer healing complications than routine use.

A randomized clinical trial was carried out in Brazil by Amorim et al. (2017) to compare maternal and perinatal outcomes in women submitted to a non-episiotomy protocol versus one of selective

episiotomy. The study comprises 115 women (assigned to a non-episiotomy protocol) and 122 women (assigned to selective episiotomy). There was no difference between the two groups concerning maternal or perinatal outcomes. The episiotomy rate was similar (two cases in each group, about 1.7%), as was the duration of the second stage of labor, the frequency of perineal tears, severe perineal trauma, need for perineal suturing, and blood loss at delivery. Amorim and colleagues concluded that a non-episiotomy protocol appeared to be safe for mother and child and highlighted the need to investigate whether there is, in fact, any indication for this procedure.

However, in certain circumstances, episiotomies can be protective of women. For example, a study based on data from several facilities in sub- Saharan Africa facilities concluded that episiotomy was protective against postpartum hemorrhage and anal sphincter tears among those who had undergone type three female genital mutilation (Rodriguez et al., 2016).

Current evidence and recommendations

Generally, an episiotomy is now performed on an individualized basis. When the clinical conditions put the woman at high risk of a third or fourth-degree laceration, an episiotomy is considered. Also, when the fetal heart rate is of concern, it is believed that hastening up the vaginal delivery process to be better for the baby (i.e., performing episiotomy) (ICEA, 2017).

When episiotomy is necessary, it is critical to ensure that women are involved in the decision-making process. Performing an episiotomy (or

any other intervention) without a woman's informed consent is a violation of her right to respectful maternity care (WHO, 2015). Addressing the non-evidence-based use of episiotomy is key to improving maternal health and women's birthing experiences worldwide.

Once an episiotomy is needed, the procedure must be performed so that the outcomes for the mother and infant are maximized. The conclusion from the literature is that without adequate data to develop evidence-based criteria for performing episiotomies, clinical judgment remains the best guide to determine when its use is warranted (ICEA, 2017; ACOG, 2016)

According to the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2016), *"based on the existent evidence, there is no specific situation in which episiotomy is essential, and the decision to perform an episiotomy should be based on clinical considerations."*

Recommendations

The latest recommendation of WHO on episiotomy policy states that "*Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.*" (WHO, 2018a). This recommendation was based on the fact that most of the evidence was about the comparative effects of episiotomy policies as presented as selective/restrictive versus routine/liberal use of episiotomy. There were documented beneficial effects of selective/restrictive compared with routine/liberal episiotomy policy. However, the dearth of evidence on the effectiveness of episiotomy in general and the necessity to

discourage the excessive use of routine episiotomy across all settings lead WHO to recommend that the routine/liberal use of episiotomy is "not recommended," rather than suggesting the selective/restrictive use of episiotomy.

The above guideline (WHO, 2018a) also states that it is difficult to determine an "acceptable" episiotomy rate. The role of episiotomy in obstetric emergencies, such as fetal distress requiring instrumental birth, remains established. Furthermore, adequate local anesthesia and the woman's informed consent is essential when an episiotomy is performed. The mediolateral incision is the preferred technique, as midline incisions are connected with a higher risk of complex obstetric anal sphincter injury (OASI). A continuous suturing technique is preferred to interrupt one (WHO, 2018a). If there is any doubt about the degree of third-degree tear, it is advisable to classify it to a higher degree than the lower degree (RCOG, 2015).

The most recent recommendation of WHO on routine antibiotic prophylaxis for episiotomy is not using routine antibiotic prophylaxis. (WHO, 2018b). This recommendation applies to the use of antibiotics before or immediately after episiotomy repair following vaginal delivery. Antibiotics should only be administered once there are clinical signs of infection of an episiotomy wound. The second-degree perineal tear is anatomically similar to an episiotomy and does not need the use of prophylactic antibiotics.

WHO's recommendation on routine antibiotic prophylaxis for women with third- or fourth-degree perineal tear recommends that prophylactic antibiotics should be administered in situations where an episiotomy

wound extends to become a third- or fourth-degree perineal tear (WHO, 2015).

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) guideline regarding the management of third- and fourth-degree perineal tears (Green-top Guideline No. 29) recommends that mediolateral episiotomy should be considered in instrumental deliveries. In a situation where episiotomy is indicated, the mediolateral technique is recommended, with careful consideration to its degree. The angle should be 60 degrees away from the midline when the perineum is distended. It further recommends that warm compression during the second stage of labor reduces the risk of OASI (RCOG, 2015).

Inexperienced clinicians are not precise at guessing the angle at the time of episiotomy and tend to underestimate the angle. Therefore, they should be provided with training programs to improve the accuracy of angle estimation. A midline episiotomy is considered OASIS risk factors (Queensland Clinical Guidelines, 2017).

Indications for mediolateral episiotomy

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) does not promote episiotomies' routine use. Both RANZCOG (2017) and Queensland Clinical Guidelines (2017) advise the following concerning the episiotomy indication.

Consider performing episiotomy in the following circumstances:

- Fetal compromise is suspected, and birth needs to be accelerated

- Instrumental birth is required (it may protect against OASIS for instrumental deliveries)
- A woman has a history of Female Genital Mutilation
- There is soft tissue dystocia
- Severe injury is considered imminent and likely (for instance, there is a high likelihood of third-degree or fourth-degree perineal tear)
- There are maternal medical indications for the shortened second stage
- Woman requests

Episiotomy technique principles

If episiotomy indicated, the following technique principles should be applied:

- Follow a restrictive use policy for mediolateral episiotomy
- Perform episiotomy at the crowning of the fetal head
- Tested adequate analgesia should be provided prior to performing an episiotomy, except in emergency due to acute fetal compromise
- Episiotomy technique is significantly associated with the risk of OASIS

- It is well recognized that the angle of the incision is considerably larger than the resultant suture angle due to the stretching of tissues and distension
- Sharp scissors should be used (Queensland Clinical Guidelines, 2017).
- Episiotomy scissors (such as Episcissors-60) designed specifically to achieve a cutting angle of 60 degrees may help perform the correct angle and reduce OASIS. However, research is recommended to address uncertainties about the efficacy and safety of using Episcissors-60 (NICE, 2020).

The angle of incision

No consensus on the optimal angle from the midline for a mediolateral episiotomy

- Recommendations from leading professional organizations ranging from 45 to 60 degrees from the midline
- Mediolateral episiotomy cut at an angle of 60 degrees from the midline at the time of crowning results in a median angle of 45 degrees after repair (not less than an angle of 45 degrees) see Figure 1.
- The incision begins at the vaginal fourchette and is generally directed to the right side (Queensland Clinical Guidelines, 2017; Barjon and Mahdy, 2019).

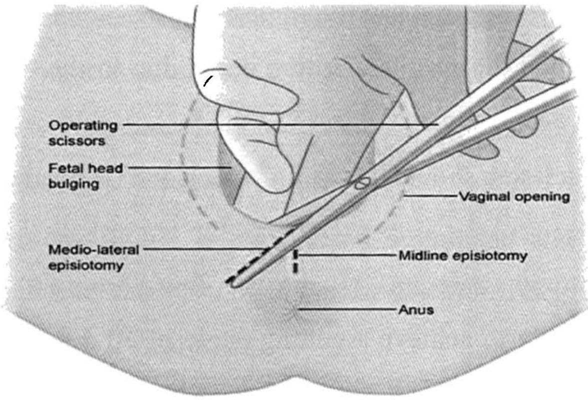


Fig. 1: The method of performing the right mediolateral episiotomy. Adapted from RCOG (2020)

Continuous versus interrupted absorbable sutures for repair of episiotomy

As mentioned earlier, WHO (2018a) reports that continuous suturing technique is preferred to interrupted suturing. A Cochrane review conducted by Kettle et al. (2012) assessed the effects of continuous versus interrupted absorbable sutures for repair of episiotomy and second-degree perineal tears following childbirth. Sixteen randomized trial studies involving 8184 women were included. Their meta-analysis revealed that continuous suture techniques compared with interrupted sutures for perineal closure (all layers or perineal skin only) are linked with less short-term pain, an overall reduction in analgesia use, and reduction in suture removal. Additionally, there is also some evidence that less suture material is used in continuous techniques than interrupted methods.

Continuous non-locking technique

It is a three-stage technique (see Fig. 2): "the repair begins with an anchoring stitch above the apex of the vaginal trauma and the deep tissues and mucosa are closed with a single continuous non-locking stitch, in contrast to the locking stitch used for the traditional method. The perineal muscles are then re-approximated using a similar continuous non-locking technique, and the repair is completed with a continuous suture inserted well below the skin surface in the subcutaneous fascia. The finished repair is secured with a knot placed in the vagina behind the hymenal remnants. A single length of absorbable suture material is used for the repair with no knots other than the anchoring and terminal knot" (Kettle et al., 2012).

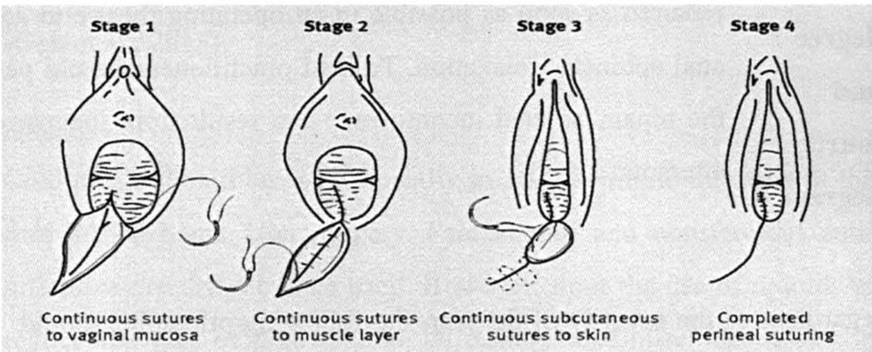


Fig. 2: Continuous suturing technique. Adapted from Webb et al. (2014)

Repairing perineal tears

Management of a perineal tear differs depending on the tear's severity and is described in table 1.

Table 1. Immediate management of perineal tears

First-degree	These tears are considered minor and are therefore left to the clinician's decision to determine if suturing is necessary.
Second-degree	Although these tears are also considered minor, sutures should be performed to facilitate better wound approximation (as there are noticeable advantages at six weeks postpartum).
Third-degree and fourth-degree	Using regional or general anaesthesia, these tears should be repaired as soon as possible in an operating theatre to achieve anal sphincter relaxation. Trained practitioners should perform the repair, as anal incontinence can result from inexperienced attempts.

Goh et al. (2018)

Regardless of the severity of the tear, the following principles should be applied during the repair:

- An experienced clinician, ideally one trained in obstetrics, should complete the repair.
- Good lighting and access are essential – ideally, the procedure should be conducted in an operating theatre with the patient in the lithotomy position.

- Adequate anesthesia should be used.
- Each layer should be repaired independently to restore function.
- The repair should be conducted in a cephalocaudal (or top-down) direction as this ensures access to superior sites is not restricted.
- Resorbable sutures should be used, with each layer's knots buried as this reduces the risk of dyspareunia and vaginal discomfort following the recovery (Goh et al., 2018).

Post-operative management of perineal tears

Antibiotics

To reduce the risk of infections and wound dehiscence, broad-spectrum antibiotics are recommended in the immediate post-operative period (Goh et al., 2018).

Analgesia

Cold packs should be used topically in 10–20 minute intervals in the first 24–72 hours after surgery. Paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs can be used. However, limit the use of opioids to reduce the risk of constipation. A urinary alkaliniser can assist in relieving discomfort during toileting (Goh et al., 2018).

Laxatives or stool softeners

Laxatives are recommended following perineal repair as the passage of stool can result in wound dehiscence. Stool softeners (e.g., lactulose)

are recommended for around ten days postoperatively. Stool softeners should be titrated to keep the stools soft but not loose (Goh et al., 2018).

Positioning and movement

During the first 48 hours after surgery, the patient should use positions that will reduce perineal edema. It involves lying on a flatbed while resting, on their side when breastfeeding, and avoiding the overuse of seated positions. The patient should also avoid activities that may increase intra-abdominal pressure for the first six to 12 months after delivery (Goh et al., 2018).

Pelvic floor exercises

Pelvic floor exercises should be commenced two to three days postpartum or when the patient feels comfortable. Patients with third-degree or fourth-degree perineal tears should be referred to a physiotherapist who specializes in perinatology, as it can reduce fatal, fecal, and urinary stress incontinence (Goh et al., 2018).

Wound care

Ensure that the wound is washed and patted dry after toileting. The patient should inspect the wound daily using a hand mirror for any signs of wound breakdown (Goh et al., 2018).

Preventing severe genital trauma

The Royal College of Midwives (RCM, 2018) states that there is good evidence using a warm compress on the perineum and some evidence that perineal massage during birth may help reduce the rates of third and fourth-degree tears.

Similarly, WHO recommends the following techniques to reduce perineal trauma and facilitate spontaneous birth for women in the second stage of labor: warm compresses, perineal massage, and a "hands-on" guarding of the perineum. These techniques are implemented based on a woman's preferences and available options. Most women accept these low-cost preventative perineal techniques and highly value the outcomes that they impact (WHO, 2018c). Nevertheless, regarding the rate of third and fourth-degree tears, there is low-quality evidence that hands-off (or poised) compared to hands-on techniques do not affect the rate of third and fourth-degree tears. It may result in fewer women requiring episiotomy, as mentioned above (RCM, 2018).

However, there is insufficient evidence to show whether Ritgen's maneuver (using one hand to pull the fetal chin from between the maternal anus and the coccyx, and the other hand placed on the fetal occiput control the speed of birth) or other perineal techniques could improve outcomes. Therefore, these techniques are not recommended (RCM, 2018; WHO, 2018c).

There is low-quality evidence that selective episiotomy for unassisted vaginal births results in fewer women experiencing severe perineal/vaginal trauma than routine episiotomy policies (RCM, 2018).

Recommendations for practice

There is good evidence to recommend that:

- Warm perineal compresses reduce third- and fourth-degree perineal tears. Midwives should ask women if they

would like a warm compress to be used on the perineum to help reduce the risk of severe tears (RCM, 2018). It is performed by soaking a compress (a pad or flannel) in warm water (between 45-59 °C), wrung out and gently placed on the perineum; it can help with the last part of the second stage of labor as baby's head begins to stretch the perineum (Seddon, 2019).

- Evidence suggests that perineal massage may increase the chance of keeping the perineum intact and reduces the risk of severe perineal tears (WHO, 2018c). See the **"instructions for perineal massage."**
- A "hands-on" approach (guarding) probably reduces first-degree perineal tears. This technique involves the midwife supporting the anterior and posterior perineum with both hands to protect/guard the perineum and maintain flexion of, control, and expulsion of the fetal head (WHO, 2018c).
- Evidence on Ritgen's maneuver is uncertain; therefore, it is NOT recommended (WHO, 2018c).

Instructions for perineal massage

It is recommended that antenatal perineal massage be commenced from 34 weeks of pregnancy. The benefit is seen when practiced just once or twice per week for 5-10 minutes each time. Performing perineal massage more frequently than this recommendation may decrease the

protective effect (Oxford University Hospitals, 2017; Mater Mothers' Hospital, 2018; Seddon, 2019).

Steps

- Empty bladder, wash hands, and keep fingernails short.
- Relax in a private place, sit with knees bent in an upright position, leaning on some pillows for back support if preferred. It can be helpful to start following a shower or bath.
- Use a lubricant such as olive oil or sunflower oil (synthetic oils or lubricants should be avoided).
- Place lubricated thumbs or thumb 1 to 1.5inches inside the vagina.
- Press down towards the anus and to the side, hold for about 1-2 minutes until a slight stretching feeling is felt.
- With thumbs, slowly massage the lower half of the vagina using a 'u' shaped movement while focusing on relaxing.
- During the massage, focus on relaxing the perineum as much as possible (see Fig. 2) (Oxford University Hospitals, 2017; Mater Mothers' Hospital, 2018; Seddon, 2019).

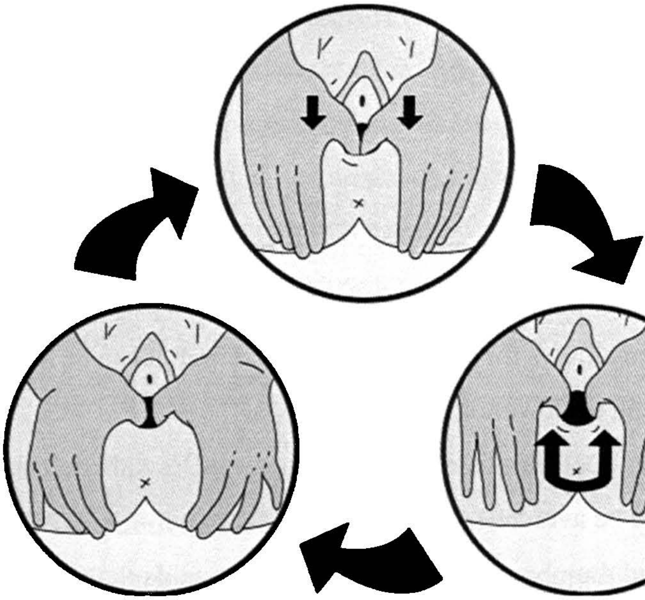


Fig. 3 Perineal massage technique. Adapted from Mater Mothers' Hospital (2018)

Contraindications

Perineal massage cannot be performed in the following situations:

- Prior to 34 weeks of pregnancy.
- Placenta praevia (a low–lying placenta) or any other condition where there is bleeding from the vagina during the second half of pregnancy.
- Vaginal herpes, thrush, or any other vaginal infection, as massage could spread the infection and worsen the condition (Oxford University Hospitals, 2017; Mater Mothers' Hospital, 2018; Seddon, 2019).

Conclusion

This chapter aimed to provide the reader with the latest information concerning the evidence-based practice and standard guidelines concerning episiotomy. Most of the evidence support that the routine use of episiotomy has no advantages and thus giant health organizations such as WHO do not recommend "*routine or liberal use of episiotomy*" for women undergoing spontaneous vaginal birth. Other health bodies recommend the selective/restrictive use of episiotomy and in a situation where episiotomy is indicated, the mediolateral technique is recommended, with careful consideration to its degree. In addition, although WHO recommends that prophylactic antibiotics should be administered in situations where an episiotomy wound extends to become a third- or a fourth-degree perineal tear, routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with episiotomy.

Chapter five

Instructions of Perineal Care for Mothers by Health Care Providers

Dr Aveen Fattah HajiMam

Introduction

The period during which a woman adjusts after pregnancy and birth (known as the postpartum period) is crucial for recovery from perineal injuries that may have been sustained during childbirth (Kettle and Tohill, 2008, MEHT, 2017).

Perineal injuries can result in trauma, which can adversely affect women's/nursing mother's physical, psychological, social wellbeing in the immediate postnatal period and in the long term (Fitzpatrick & O'Herlihy 2007, Kettle and Tohill, 2008). It can be a stressful period and can interfere with daily/normal life activities such as walking, sitting, bending/squatting, using the toilet (urinating /defecating), sexual relations, breastfeeding, etc. Interventions that are aimed at reducing the severity of perineal injuries/trauma (including short- and long-term maternal effects) are, therefore, essential (Kettle and Tohill, 2008).

Mohamed and El-Nagger (2012), based on the results of their study, concluded that women who received and practiced self-perineal care during the postpartum period had; (i) lower pain levels, (ii) better-wound healing process and, (iii) decreased pain related to perineal episiotomies which interfere with activities like walking, sitting, urinating, defecating, etc. Therefore they recommended the introduction of self-perineal care instructions to women at the antenatal stage to be used postnatal and the provision of self-perineal

care guidelines for healthcare professionals such as nurses and midwives providing postpartum care.

Instructions of perineal care can cover practical aspects such as handwashing before and after perineal care, washing the area with, drying the perineal area after washing, application of medication to the site, application of ice to the area, the sitting and standing positions to avoid, etc. (NHS, 2017).

Instructions of Perineal Care

A massive body of literature stated the following instructions/advice specific to postpartum perineum care (NHS, 2017; WHO, 2017; NICE, 2020).

1- Personal Hygiene

The perineum (and surrounding area) is an area of the body that is usually warm, often moist, and mostly lacking ventilation, is a conducive environment for the growth of pathogenic organisms, which, if present, can enter into the proximal body orifices (vagina, anus) and cause harm (WHO, 2017)

It underlines the importance of maintaining a high standard of hygiene by keeping the perineal area clean. It can be achieved by regularly washing the perineum and the surrounding area (during a bath/shower and a separate procedure). The following step by step instructions can be followed for cleaning the perineum (NiCE, 2020):

- Prior to washing the perineal area, the hands must be washed properly.
- After washing the hands, proceed to wash the perineum with warm water and a clean washcloth. First, wipe the perineum from the midline outward in the following order: the vulva, both sides of the inside of the labia, both sides of the outside of the labia. Start from the front area and proceed backward, i.e., from under the symphysis pubis and around the anus. Never wash starting from the anus towards the front, as this may cause the bacteria from the anal area to get inside the urethra or vagina. Use a clean washcloth for each cleaning session.
- Dry the perineal area after washing.
- Apply the medication to the area if required.
- Wash hands after washing the perineum.
- Where possible, use maternity sanitary pads rather than the traditional hygienic pads used for blood loss during the menstrual period. Endeavor to change the pads at regular intervals (every 2 to 4 hours) during the first few days after childbirth as the pads are more likely to be heavily soiled during this period. Remove the pads starting from the vaginal area towards the back (anus). Do not use any form of the tampon as this may cause an infection.

2- Coping with Pain

It is widespread to experience perineal pains and discomfort following childbirth. Even if there were no actual perineal injuries (tear or cut) during delivery, there will be bruising/swelling around the perineum, bringing some degree of pain and discomfort. Such pain will be further exacerbated by second to fourth-degree tears or episiotomy. The pain may become more pronounced when water passes around the area or even when walking. Pain levels are typically highest during the first couple of days following childbirth and tend to gradually ease off (Sleep, 1995). It is not uncommon to have other related health problems such as backaches in this period. The below listed may help to cope with pain from perineal injuries:

- Painkillers:
    - Paracetamol is safe to use and does not affect breast milk if breastfeeding. This should be taken in accordance with the prescribed dose.
    - Ibuprofen, in particular, is very helpful for episiotomy pain and postpartum uterine pain. It is safe to use if breastfeeding ONLY IF your baby wasn't premature (born before 37 weeks), was not low birth weight, and has no medical condition. Ibuprofen can be taken with paracetamol or on its own. Ibuprofen should be taken in accordance with the prescribed dose.
    - Rectal diclofenac has been recommended as an effective pain reliever that can significantly reduce perineal pain

experienced from sitting, walking, and defecating (Hedayati et al., 2003). It is considered to be particularly effective during the first 48 hours following delivery and is considered a primary choice of pain relief for obstetric anal sphincter.

  - Aspirin is not recommended if you are breastfeeding because it can pass to your baby via your breastmilk (Riordan and Wambach, 2010).

- Take deliberate steps to avoid constipation by drinking adequate amounts of water every day (up to 2 to 3 liters of water) and eating a healthy balanced diet with lots of fiber such as fruit, vegetables, cereals, wholemeal bread, etc. It will also help the healing process of the perineal tissues.
- Routine application of ice packs/gel pads to the perineum - A suggestion is to apply ice packs to the perineum every four to six hours for 30 minutes for the first 72 hours post-delivery. It should be noted that the ice pack should not come in direct contact with the skin during this treatment. The ice can be wrapped in a flannel before application to the sore area. Additionally, the findings of Sheikhan et al. (2011) support the use of gel pads in treating the perineum.
- Sitz baths - Sitz baths involve sitting in shallow water, only deep enough to cover the hips and buttocks. You can sit for up to 20 minutes two to three times a day. Lukewarm water may be used to improve blood flow to the perineum or cold baths (first sit in

lukewarm water then gradually introduce ice cubes) to help reduce swelling around the perineum. Such baths can give some relief to pain (Hedayati et al., 2003). Some people also sit in warm water containing aromatic therapy oil with antiseptic and soothing qualities such as chamomile or lavender (UHNM 2019). A sitz bath can be used after each round of bowel movements. Do not use the water from the sitz bath to bath!

- Sitting on Air-filled valley cushions - Sitting on a unique doughnut-shaped inflatable cushion can help avoid putting too much pressure on the wound and make sitting down more comfortable. It is noted, though, that this shouldn't last longer than 30 minutes as it can cause swelling and long-term discomfort and restrict blood circulation. Exposing the stitches to fresh air has the potentials to quicken the healing process. Another suggestion is to take off underwear and lie on a towel on the bed for about 10 minutes once or twice a day (Dwyer, 2019).

3- Sufficient Rest

Proper rest has also been proposed to help the body recover, and healing following episiotomy NICE (2014) and NHS (2017) have proposed a well-timed sleep to coincide with the time your baby sleeps.

4- Using the toilet

It is noted that the need to empty the bowels (defaecation) may feel strange at the initial period immediately following childbirth. The following should be considered while undertaking toilet-related activities:

- Using stool softeners/laxatives to avoid straining during a bowel movement. Stool softeners can prevent fecal impaction as well as possible damage to the recently repaired sphincter. Use of laxatives in the immediate postpartum period can result in a significantly earlier and less painful initial bowel motion following perineal injuries, particularly third- or fourth-degree tears (Mahony et al., 2004).
- When using the toilet, particularly while defecating, assume a squatting position over the toilet instead of sitting (i.e., straight back, tummy relaxed, knees higher than the hips, place feet on a footstool, and have a generally relaxed position) (Mahony et al., 2004).
- Utmost care should be given to the surrounding area around the cut to keep it clean and prevent infection. After urinating, after going to the toilet, rinse the vaginal area by pouring warm water over it to ease discomfort. Running warm water over the outer space of your vagina while urinating may also help reduce the discomfort (Mahony et al., 2004).

- Placing a clean pad around the site of the suture and pressing lightly while using the toilet to help ease pressure at the site of the cut (Mahony et al., 2004).
- Wipe the anus from front to back to prevent bacteria from infecting the cut (Mahony et al., 2004).
- Do not flush the toilet until standing upright to avoid spraying water over the area (Mahony et al., 2004).

5- Returning to Regular Sex Routine

Sex is likely going to hurt and hence will be unpleasurable. In the weeks following childbirth (whether through episiotomy or not), most women feel sore and tired. Sex must not be rushed into at this time. Researches have shown that 90% of women who had an episiotomy and resumed regular sex immediately after the procedure experienced severe pains, which improved over time (NHS, 2017). The standard advice is to avoid sexual intercourse for the first six weeks post episiotomy.

According to NICE (2014) and NHS (2017), pain can sometimes be linked to vaginal dryness. It is advisable to use water-based lubricant available across the counter. Oil-based lubricants such as vaseline or moisturizing lotion can irritate the vagina and cause damage latex condoms or diaphragms and should therefore not be used. Care should be taken as it is possible to get pregnant in as little as three weeks after childbirth. Consequently, it is advisable to use

contraception during sex immediately after birth, unless the pregnancy is intended.

6- Healing time

The cuts arising from episiotomy procedures are usually repaired within an hour of the baby's birth. It is anticipated that such incisions are likely to bleed quite reasonably at the initial stage. The bleeding is stopped after applying pressure and stitches, which should heal within one month of childbirth. It includes the time it takes for stitches to dissolve (NHS Choices, 2017). It is essential to keep in mind that the stitches will not require removal but are expected to be absorbed by the body, allowing the return to normal activities such as light office work or housekeeping. However, a patient recovering from episiotomy must wait six weeks before engaging in activities that are likely to breach the stitches i.e., use of tampons, sexual intercourse, etc.

Factors to look out for in evaluating the state of healing include assessing the area around the vagina and perineum for redness, edema, ecchymosis, discharge, unusual swelling, foul odor, etc. (Leifer, 2005). It can take up to 6 months for the area to heal completely, although most of the healing can occur within the first two weeks.

7- Indications for Seeking Medical Care

The following symptoms should prompt seeking immediate medical care; heavy vaginal bleeding, foul-smelling discharge from around the

vagina area, pain during urination or defecation, frequent urinating, severe pain in the pelvis or lower abdomen, high fever, passing sutures or sponges, blistering or herpes outbreaks, etc. (Mohamed and El-Nagger, 2012). It is essential to ensure that there isn't excessive bruising (hematoma) or a wound infection around the perineum. Additionally, if perineal pain persists despite medication, then medical care should be sort.

Conclusions

Perineal tears or cuts to a tissue such as an episiotomy produce some pain and discomfort, taking up to 6 months to heal. The procedure's pain and discomfort can be very stressful and interfere with daily activities, including walking, sitting, bending/squatting, using the toilet (urinating /defecating), etc. It underlines the need for nursing interventions to deal with the pain and discomfort from episiotomy effectively. Studies have shown that women who received and practiced self-perineal care during the postpartum period had lower pain levels and better wound healing processes. Therefore, it is vital to introduce self-perineal care guidelines/instructions to women at the antenatal stage to be used postnatal and for nurses providing postpartum care.

REFERENCES

Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39, 206-211.

ACOG (American College of Obstetricians Gynecologists) Committee on Practice Bulletins—Obstetrics (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery: *Obstetrics and Gynecology*. 128 (1): e1–e15.

Ahmed HM (2014). Midwives' Clinical Reasons for Performing Episiotomies in the Kurdistan Region: Are they evidence-based? Sultan Qaboos University Medical Journal, 14, e369.

Ahmed HM (2015). Episiotomy preventing approaches among midwives in Kurdistan region. nursing national Iraqi specility, 28, 93-99.

Ahmed HM, Abdollah WH, Al-Tawil NG (2019). Prevalence and Risk Factors of Episiotomy and Perineal Tear in the Maternity Teaching Hospital of Erbil City, Iraq. Erbil Journal of Nursing and Midwifery, 2, 44-50.

Alayande BT, Amole IO, Akin D (2012). Relative frequency and predictors of episiotomy in Ogbomoso, Nigeria. Internet Journal of Medical Update-EJOURNAL, 7.

Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth, 33, 94-100.

Ali HJ, Zangana JMS (2016). Rate of Perineal Injuries and Episiotomy in a Sample of Women at Maternity Teaching Hospital in Erbil City. Journal of Education and Practice, 7, 12-17.

Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive health, 14, 55.

Amorim, MM, Franca-Neto, AH, Leal, NV, Melo, FO, Maia, SB & Alves, JN (2014). Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? Obstetrics and gynecology, 123, 38S-38S.

Assarag B, Dubourg D, Maaroufi A, Dujardin B, De Brouwere V (2013). Maternal postpartum morbidity in Marrakech: what women feel what doctors diagnose? BMC pregnancy and childbirth, 13, 225.

Azam Foroughipour FF, Ghahiri A, Norbakhsh V, Heidari T (2011). The effect of perineal control with hands-on and handpoised

methods on perineal trauma and delivery outcome. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 16(8), 1040.

Bahtışen K, Aynur K, Pelin C, Gökçe D (2017). Retrospective analysisofepisiotomyprevalence. https://www.ncbi.nlm.nih.gov › pmc › articles › PMC5776158. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2017 Dec; 18(4): 190–194. doi: 10.4274/jtgga.2016.0238.

Barjon K, Mahdy H (2019). Episiotomy. *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Barnhart KT, Izquierdo A, Pretorius ES, Shera DM, Shabbout M, Shaunik A (2006). Baseline dimensions of the human vagina. Human Reproduction, 21, 1618-1622.

Beech B (2004). The History of Episiotomy in the United Kingdom. Assoc Improv Matern Serv, 1-4.

Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle, AO (2010). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. ISRN obstetrics and gynecology, 2011.

Berkowitz LR, Foust-Wright CE, Lickwood C, Eckler K (2017). Approach to episiotomy. UpToDate. Available from: www.uptodate.com/contents/ap- proach-to-episiotomy.

Bonet M, Oladapo OT, Khan DN, Mathai M, Gülmezoglu AM (2015). New WHO guidance on prevention and treatment of maternal peripartum infections. The Lancet Global Health, 3, e667-e668.

Brohi, ZP, Sadaf, A, Zohra, N & Perveen, U (2012). Frequency and severity of perineal tears in countess lady Duffrin fund hospital, Hyderabad. JPMA-Journal of the Pakistan Medical Association, 62, 803.

Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecología y Obstetricia de México. 81(1), 1–10.

Carroli G. Belizan J (2005). Episiotomy for vaginal birth. Cochrane database of systematic reviews.

Chiva L, Magrina J (2019) Abdominal and Pelvic Anatomy. In: Principles of Gynecologic Oncology Surgery, Chapter 2, 3-49, In Pedro T. Ramirez MD, Michael Frumovitz and Nadeem R. Abu-Rustum. Philadelphia, PA. by Elsevier, Inc.

Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M (2019). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. Women & health, 59, 760-774.

Da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML (2012). Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. Journal of clinical nursing, 21, 2209-2218.

De Leeuw J-W, Vierhout ME, Struijk PC, Auwerda HJ, Bac, D-J, Wallenburg HC (2002). Anal sphincter damage after vaginal delivery. Diseases of the colon & rectum, 45, 1004-1010.

De Leeuw J, De Wit C, Kuijken J, Bruinse H (2008). Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115, 104-108.

Demirel G, Golbasi Z (2015). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 131, 183-186.

Dirro N, Sastre B, Sielezneff J (2007).What are the risk factors of anal incontinence after vaginal delivery? J Chir (Paris);144:197–202.

Drake RL, Vogl W, Mitchell AM (2005). Gray's Anatomy for Students. Toronto, Ontario, Canada: Elsevier Churchill Livingstone.

Dunn AB, Paul S, Ware LZ, Corwin EJ (2015). Perineal injury during childbirth increases risk of postpartum depressive symptoms and inflammatory markers. Journal of midwifery & women's health, 60, 428-436.

Dwyer L (2019). The Affordable Donut Pillow That Helped Stay ComfortablePostpartum,https://www.whatct.com/baby-product-pillow-sitting-postpartum.

Egbe TO, Omeichu A, Halle-Ekane GE, Tchente CN, Egbe E-N, Oury J-F (2015). Prevalence and outcome of teenage hospital births at the buea health district, South West Region, Cameroon. Reproductive health, 12, 118.

Ejegård H, Ryding EL, Sjögren B (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. Gynecologic and obstetric investigation, 66, 1-7.

Fahmy MW, Munakomi S (2019). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Superficial Perineal Space.

Fatah SS, Abdulmalek IY (2020). Rate of episiotomy and perineal injuriers during vaginal deliveries.

Ferdous J, Ahmed A, Dasgupta S, Jahan M, Huda F, Ronsmans C, *et al.* (2012). Occurrence and determinants of postpartum maternal morbidities and disabilities among women in Matlab, Bangladesh. Journal of health, population, and nutrition, 30, 143.

Fernando RJ (2007). Risk factors and management of obstetric perineal injury. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 17, 238-243.

Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R (2006). Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Fitzpatrick M, O'Herlihy C (2007). Postpartum care of the perineum. *The Obstetrician & Gynaecologist*, *9*(3), pp.164-170.

Francisco, AA, de Oliveira, SMJV, da Silva, FMB, Bick, D & Riesco, MLG (2011). Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. Midwifery, 27, e254-e259.

Frass KA, Al-Harazi AH (2010). Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. Saudi medical journal, 31, 764-767.

Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD (2015). Variation in and factors associated with use of episiotomy. Jama, 313, 197-199.

Garcia-Elorrio E, Aleman A, Cafferata ML, Colomar M, Tomasso G, Lacayo Y, Althabe F (2014). A multifaceted intervention to increase prophylactic oxytocin use during the third stage of labor and to reduce routine episiotomies in Nicaragua. International Journal of Gynaecology and Obstetrics,127(1),31–34. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.04.019.

Gauthaman N, Walters S, Tribe I-A, Goldsmith L, Doumouchtsis SK (2016). Shoulder dystocia and associated manoeuvres as risk factors for perineal trauma. International urogynecology journal, 27, 571-577.

Geranmayeh M, Habibabadi ZR, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z & Mehran A (2012). Reducing perineal trauma

through perineal massage with vaseline in second stage of labor. Archives of gynecology and obstetrics, 285, 77-81.

Goh R, Goh D, Ellepola H (2018). Perineal tears-A review. Australian journal of general practice, 47, 35.

Guise J-M, Morris C, Osterweil P, Li H, Rosenberg D, Greenlick M (2007). Incidence of fecal incontinence after childbirth. Obstetrics & Gynecology, 109, 281-288.

Hakelius L (1979). Reconstruction of the perineal body as treatment for anal incontinence. British journal of plastic surgery, 32, 245-252.

Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN (2009). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. Jama, 293, 2141-2148.

Hassan SJ, Sundby J, Husseini A, Bjertness E (2013). Translating evidence into practice in childbirth: A case from the Occupied Palestinian Territory. Women and Birth, 26, e82-e89.

Hosseinzadeh K, Heller MT, Houshmand G (2012). Imaging of the Female Perineum in Adults. RadioGraphics. 32:E129–E168

ICEA (2017). ICEA Position Paper Episiotomy. International Childbirth Education Association. [Cited 1st Sep. 2019]. Availablefrom:https://icea.org/wpcontent/uploads/2015/12/Episiotomy-PP-2017.pdf.

Jacob S (2008). AnalTriangle. Available at: https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/anal-triangle.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Johnson M, Sutton L, Rintoul N, Crombleholme T, Flake A, Howell L, et al. (2004). Short-Term Clinical Implications. Obstetric Anesthesia Digest, 9.

Jovanovic NS, Kocijancic DM, Terzic MM (2011). Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? Cent. Eur. J. Med. 6(6):685-690.

Kalis V, Laine K, Leeuw JW, Ismail KM, Tincelloe DG (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG. 2012;119:522–526.

Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, Ceesay H (2013). Female genital mutilation/cutting in The

Gambia: Long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. International Journal of Women's Health, 5, 323–331. https ://doi.org/10.2147/IJWH. S4206 4.

Kettle C, Dowswell T, Ismail KM (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Kettle C & Tohill S (2008). Perineal care. BMJ clinical evidence. 24;2008:1401.

Khani S, Zare K, Ramezannezhad S (2012). The Frequency of Episiotomy and Its Related Factors. Iran Journal of Nursing (2008-5923), 24.

Khresheh R, Homer C, Barclay L (2009). A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: A descriptive study using a new birth record. Midwifery, 25(6), e11–e18.

Lappen JR, Gossett DR (2010). Changes in episiotomy practice: evidence-based medicine in action. Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 5, 301-309.

Leifer G (2005). Maternity nursing an introductory text, postpartum assessment and nursing care, 9th. Edition, El Sevier Saunders, USA. PP190-205.

Mahmood K (2016). *Labour and birth experiences and awareness of pain relief among Kurdish women.* University of Sheffield.

Mahony R, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell, PR (2004). Randomized, clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. Diseases of the colon & rectum, 47, 12-17.

Mater Mothers' Hospital (2018). Perineal massage. [Cited 13th Apr. 2020].Availablefrom:http://brochures.mater.org.au/brochures/ mater-mothers-hospital/perineal-massage.

Matthes A, Zucca-Matthes G (2016). Measurement of vaginal flexibility and its involvement in the sexual health of women. J Women's Health Care, 5, 2167-0420.1000302.

MEHT (Mid Essex Hospital Trust) (2017). Maternity Services Women's & Children's Division: Care of Your Perineum Following 1st and 2nd Degree Tears. Available from: file:///C:/Users/Ushie%20Emman/Downloads/MEHT110293% 201st%20%202nd%20degree%20tears%203.0%20(4).pdf.

Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM (2014). Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive health, 11, 66.

Mesdaghinia E, Abbaszadeh F, Mesdaghinia A (2011). Incidence of perineal trauma in normal spontaneous vaginal delivery in Shabih-khani Maternity Hospital of Kashan during 2007-9. KAUMS Journal (FEYZ), 14, 533-538.

Mohamed H, El-Nagger NS (2012). Effect of self perineal care instructions on episiotomy pain and wound healing of postpartum women. J Am Sci, 8, 640-650.

Moore KL, Dalley AF, Agur AM 2010. *Clinically oriented anatomy*, Lippincott Williams & Wilkins.

Mora-Hervás I, Sánchez E, Carmona F, Espuña-Pons M (2015). Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: Episiotomy or second degree perineal tear. Int J Women's Health Reprod Sci, 3, 84-88.

Muhleman MA, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs RS, Loukas M (2017). To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. Clinical Anatomy, 30, 362-372.

NHS (2017). Breastfeeding and medicine. Available at: https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/breastfeeding-and-medicines.

NICE (2014). Intrapartum Care for Healthy Women and Babies. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg/190 .

NICE (2020). Episcissors-60 for mediolateral episiotomy (MTG47). Medical technologies guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/MTG47/chapter/1-Recommendations.

Niguse K, Gidey G, Gebrehiwot H, (2016). Episiotomy Practice and its Associated Factors among Mothers who Gave Birth Vaginally at Public Health Institutions of Shire Town, Northern Ethiopia. Research & Reviews: Journal of Health Professions. 6(1): 15–21p.

Nuriy LA-HM, Ahmed HM (2018). Nurse/Midwives' practices during labor and delivery in Maternity Teaching Hospital in Erbil City. Erbil Journal of Nursing and Midwifery, 1, 23-32.

O'Connell PR, O'Herlihy C (2003). Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol;109:149–52.
Oh C, Kark AE (1973). Anatomy of the perineal body. Dis Colon Rectum. 16:444–454.
Ott J, Gritsch E, Pils S, Kratschmar S, Promberger R, Seemann R, *et al.* (2015). A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced mifwives. BMC pregnancy and childbirth, 15, 270.
Oxford University Hospitals (2017). Antenatal Perineal Massage, information for women. NHS Trust. [Cited 13th Apr. 2020]. Availablefrom:https://www.ouh.nhs.uk/patientguide/leaflets/files/10938Pmassage.pdf.
Persson J, Wølner-Hanssen P, Rydhstroem H (2000). Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. Obstetrics & Gynecology, 96, 440-445.
Piro SS, Ahmed HM (2016). Midwives' perspectives regarding episiotomy practice in Kurdistan region/Iraq. Zanco Journal of Medical Sciences (Zanco J Med Sci), 20, 1233_1240-1233_1240.
Pronk P, Van Leeuwen E, Albicher C, Dermout S, Doornbos J, Engel, A (2010). Temporal endosonographic evaluation of anal sphincter integrity after primary repair for obstetric ruptures: a case for specific training of obstetricians. Colorectal Disease, 12, e140-e144.
Queensland Clinical Guideline (2017). Perineal care. Maternity and Neonatal Clinical Guideline. [Cited 23rd Sep. 2019]. Available from:https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/142384/g-pericare.pdf.
RANZCOG (2017). Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications. RANZCOG guidelines, C-OBS 31.
RCM (2018). Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. The Royal College of Midwives; Midwifery Blue Top Guidance No.1 Nov 2018. [Cited 4th Nov. 2019]. Available from: https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf.
RCOG (2015). The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top Guideline No. 29. Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists. [Cited 23rd Sep. 2019]. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf
Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. BIRTH-CAMBRIDGE MA-, 25, 143-160.
Riordan J, Wambach K (2010). *Breastfeeding and human lactation*, Jones & Bartlett Learning.
Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ (2018). Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third-or fourth-degree lacerations in nulliparous women. American journal of obstetrics and gynecology, 198, 285. e1-285. e4.
Rodrigues SB, Nene M (2008). The place of episiotomy in history: Journal of Nursing Education and Practice 9(4):122 DOI: 10.5430/jnep.v9n4p122.
Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ (2016). Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. Reproductive health, 13(1), p.131. [Cited 3rd Oct. 2019]. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-016-0242-9.
Saeid MS, Muhammad AK, Mohamed NR (2014). A Study of necessity of episiotomy in primigravida. Journal of Zankoy Sulaimani-Part A, 16, 4.
Scheer I, Thakar R, Sultan AH (2009). Mode of delivery after previous obstetric anal sphincter injuries (OASIS)—a reappraisal? International Urogynecology Journal, 20, 1095-1101.
Seddon E (2019). How to minimise perineal tears at your birth. Royal Berkshire NHS Foundation Trust. [Cited 13th Apr. 2020]. Available from: https://www.royalberkshire.nhs.uk/patient-informationleaflets/Maternity/Preventing%20perineal%20tears_apr19.pdf (13th Apr. 2020).
Sheikhan F, Jahdi F, Khoie E, Alizadeh N, Sheikhan H, Haghani H (2011). Episiotomy discomforts relief using cold gel pads in primiparaus Iranian women (a comparative study). Research Journal of Medical Sciences, 5, 150-154.

Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2000). Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. Bmj, 320, 86-90.

Singh A, Rathore P (2011). A comparative study of feto-maternal outcome in instrumental vaginal delivery. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 61, 663-666.

Sleep J (1995). Postnatal perineal care revisited. *Aspects of midwifery practice.* Springer.

Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC pregnancy and childbirth, 13, 59.

Sorensen BL, Rasch V, Massawe S, Nyakina J, Elsass P, Nielsen BB (2011). Advanced life support in obstetrics (ALSO) and post-partum hemorrhage: A prospective intervention study in Tanzania. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 90(6), 609–614.

Spitzer RF, Steele SJ, Caloia D, Thorne J, Bocking AD, Christoffersen-Deb A, *et al.* (2014). One-year evaluation of the impact of an emergency obstetric and neonatal care training program in Western Kenya. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 127, 189-193.

Standring S (2008). Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice, 40th Ed. Livingstone: Churchill. p 1279–1281.

Steen M, Diaz M (2018). Perineal trauma: A women's health and wellbeing issue. British Journal of Midwifery, 26, 574-584.

Sulaiman AS, Ahmad S, Ismail N, Rahman RA, Jamil MA, Mohd Dali, AZ (2013). A randomized control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy. Saudi Med J, 34, 819-823.

Sultan AH, Kamm M, Hudson C, Bartram C (1994). Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. Bmj, 308, 887-891.

UHNM (University Hospitals of North Midlands) (2019). Available at http://www.uhnm.nhs.uk/OurServices/Maternity/PublishingImages/Pages/Patient-information-leaflets/Perineal%20care%20advice.pdf [Accessed 4th January 2020].

Varney H, Kriebs J, M,GeGor CL (2015). Varney's Midwifery: Fourth edition Jones and Bartlet Publishers pp 771, 772.
Webb S (2020). The psychological effect of childbirth related perineal traumaonwomen.NHS,https://www.iuga.org/images/content/meeting/International_Symposia/1030-the-psychological-effect-of-birth-trauma-on-women-sara-webb.pdf.
WHO (2015). Recommendation on routine antibiotic prophylaxis for women with third- or fourth-degree perineal tear. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. [Cited 3rd Oct. 2019]. Available from: https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/who-recommendation-routine-antibiotic-prophylaxis-women-third-or-fourth-degree-perineal-tear.
WHO (2017), Recommendation on techniques for preventing perineal trauma during labour, Available from FACT SHEET accessed https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-techniques-preventing-perineal-trauma-during-labour .
WHO (2018a). WHO recommendation on episiotomy policy. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. [Cited 3rd Oct. 2019]. Available from: https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0.
WHO (2018b). WHO recommendation on routine antibiotic prophylaxis for episiotomy. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. [Cited 3rd Feb. 2020].Availablefrom:https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-routine-antibiotic-prophylaxis-episiotomy.
WHO (2018c). WHO recommendation on techniques for preventing perineal trauma in second stage of labour. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. [Cited 2nd Nov. 2019]. Available from: https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-

childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-techniques-preventing-perineal-trauma-during-labour.

Woodman PJ & Graney DO (2002). Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists, 15, 321-334.

Yavagal, S, De Farias, TF, Medina, CA & Takacs, P. Normal vulvovaginal, perineal, and pelvic anatomy with reconstructive considerations. Seminars in plastic surgery, 2011. © Thieme Medical Publishers, 121-129.

Živković, K., Živković, N., Župić, T., Hodžić, D., Mandić, V., Slavko Orešković, S. (2016). Effect of delivery and episiotomy on the emergence of urinary incontinence in women: review of literature. *Acta Clin Croat* 55:615-624.



Episiotomy and Obstetrics Perineal Trauma

A Handbook for Midwives in Kurdistan

Dr. Hamdia Mirkhan Ahmed
Dr. Arthur Saniotis
Dr. Kazhan Ebrahim Mahmood
Dr. Aveen Fattah HajiMam
Dr. Tiran Jamil Piro
Mrs. Wahida Abdullah Ibraheem

Erbil 2021